37

Recherche

La privatisation des services sociaux

Sous la responsabilité de

Yves Vaillancourt

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

37
Recherche

La privatisation des services sociaux

Sous la responsabilité de
Yves Vaillancourt

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08483-0

LA PRIVATISATION DES SERVICES SOCIAUX

Rapport de recherche présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)

Version finale

Par:
Yves Vaillancourt
Denis Bourque
Françoise David
Edith Ouellet

Département de travail social
UQAM
Septembre 1987

TABLE DES MATIERES

	Page
Avant-propos	i
Introduction générale	1
Chapitre 1: Quelques précisions théoriques et méthodologiques	7
1. Quelques points de répères théoriques et méthodologiques	7
1.1 Notre définition de la privatisation	8
1.2. Quelques implications de notre définition	8
2. Nos choix méthodologiques	19
Bibliographie	25
Chapitre 2 : L'héritage historique	28
1. Avant la réforme des années 1970: des services sociaux très privés	29
1.1. Description de l'organisation des services sociaux	29
1.2. Quelques éléments d'évaluation	35
1.2.1. L'évaluation du Rapport Boucher	36
1.2.2. L'évaluation du Rapport Castonguay-Nepveu	37
1.2.2.1. Le secteur privé à but lucratif	38
1.2.2.2. Le secteur privé à but non lucratif	39
1.2.3. Quelques autres éléments d'évaluation provenant de témoins de l'époque	43
2. Avec la réforme des années 1970: des services sociaux très publics	48
2.1. Les faits saillants de la réforme	48
2.1.1. Le Chapitre 48 ou le coup d'envoi de la réforme	48
2.1.2. Le moratoire concernant le privé à but lucratif	52
2.1.3. Le Rapport Batshaw et la Loi sur la protection de la jeunesse	53
2.1.4. L'étatisation des établissements privés	56
2.1.5. Le développement du secteur public	61
2.2. Quelques éléments d'évaluation	66
Bibliographie	71

Chapitre 3: Les années 1980, le retour vers le privé 75
Introduction 75
1. Les compressions budgétaires dans les services sociaux 77
2. Deux vagues de discours favorables à la privatisation 89
2.1. Le discours communautariste 90
2.2. Le discours favorable à l'entreprise privée 94
Conclusion: les changements de pratiques 97
Bibliographie 101

Chapitre 4: Les pratiques de privatisation dans les services sociaux aux jeunes 106
Introduction 106
1. Les centres d'accueil de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs 108
1.1. Quelques éléments d'histoire 108
1.2. Les fondations: des excroissances des institutions 114
1.3. Les plateaux de travail 116
1.4. Les foyers de groupes et les contractuels en réadaptation 119
2. Les Centres des services sociaux 121
2.1. La montée de l'étatisation: l'expérience du Projet d'intervention jeunesse 121
2.2. Le développement des recours au secteur privé communautaire: l'expérience des travaux communautaires 123
2.3. Quelques autres exemples de contribution du secteur privé 126
3. Les Centres locaux de services communautaires 128
4. Les Organismes communautaires jeunesse (OCJ) 131
4.1. Qui sont les OCJ 132
4.2. Le financement des OCJ 134
4.3. Une certaine conception de la complémentarité 139
Conclusion: La privatisation de type communautaire, un enjeu 146
a) La création d'organismes sans but lucratif par des institutions publiques 146
b) Le recours à des contrats de services pour des institutions publiques 147
c) La préférence financière pour certains types d'OCJ dont les services correspondent aux besoins des ressources étatiques 149
d) La privatisation de type commercial 150
Bibliographie 152

Chapitre 5 : Les pratiques de privatisation dans les services sociaux aux personnes âgées. Premier volet: l'hébergement 157

Introduction 157
1. Les centres d'accueil d'hébergement publics 160
1.1. Quelques éléments de privatisation à l'intérieur du réseau des centres d'accueil publics 162
2. Les centres d'accueil d'hébergement privés conventionnés 163
2.1. Quelques éléments d'analyse 164
2.2. Perspectives de développement 166
3. Le Groupe Champlain 168
3.1. Quelques éléments d'analyse 170
3.2. Perspectives de développement 171
4. Les centres d'accueil d'hébergement privés autofinancés 172
4.1. Quelques éléments d'analyse 174
4.2. Perspectives de développement 176
5. Les pavillons et les centres d'accueil à taux fixes 180
5.1. Quelques éléments d'analyse 182
5.2. Perspectives de développement 183
6. Les résidences privées avec services 184
6.1. Quelques éléments d'analyse 185
6.2. Perspectives de développement 188
7. Les familles d'accueil 189
7.1. Quelques éléments d'analyse 190
7.2. Perspectives de développement 192
Conclusion 194
Bibliographie 196

Chapitre 6: Les pratiques de privatisation dans les services sociaux aux personnes âgées: Deuxième volet: les services de maintien à domicile 199

Introduction 199
1. Les services publics de maintien à domicile 204
1.1. Le profil des clientèles et des services 208
1.2. Les problèmes budgétaires 210
1.3. Le recours aux secteurs privés commercial et communautaire 213
1.4. Conclusion 216

2. Les services privés de maintien à domicile de type commercial 217
2.1. La contribution des établissements publics 218
2.2. La contribution des CRSSS 220
2.3. La contribution de l'OPHQ 223
2.4. Les autres sources 225
2.5. Conclusion 226
3. Les coopératives d'auxiliaires familiales 228
3.1. Perspectives de développement 231
3.2. Conclusion 232
4. Les services privés de maintien à domicile de type communautaire 232
4.1. La progression du secteur privé communautaire dans le maintien à domicile 235
4.2. L'encadrement du secteur privé communautaire 239
4.3. L'impact du secteur privé communautaire sur le maintien à domicile 242
5. Les services à domicile par des travailleurs autonomes 243
6. Conclusion: quelques pistes d'évaluation 244
6.1. Les services publics de maintien à domicile 245
6.2. Les services privés de maintien à domicile de type commercial 249
6.3. Les coopératives d'auxiliaires familiales 251
6.4. Les services privés de maintien à domicile de type communautaire 252
6.5. Les services à domicile par des travailleurs autonomes 255
6.6. Sur les questions d'équité et d'universalité 256
Bibliographie 258

Chapitre 7: Les pratiques de privatisation dans les services sociaux aux femmes 263

Introduction 263
1. Un peu d'histoire 267
2. Les centres de femmes et les maisons pour femmes violentées 271
2.1. Les centres de femmes 271
2.2. Les maisons d'hébergement 274
3. Le point de vue de l'Etat 278
Conclusion: quelques enjeux 285
Bibliographie 291

Chapitre 8: Un point de comparaison, le cas de l'Ontario 294

Introduction 294
1. Le débat actuel sur la privatisation et la commercialisation 297
2 L'organisation des services sociaux ontariens jusqu'en 1970 302
2.1. L'évolution historique des services à l'enfance et à la jeunesse 303
2.2. L'évolution historique des services d'hébergement pour personnes âgées 306
3. Au cours des années 1970, le gouvernement fait le choix d'une stratégie du faire faire par le privé 310
4. Le maintien du privé et l'augmentation de la commercialisation au cours des années 1970 et 1980 317
4.1. Dans les services concernant l'enfance et la jeunesse dont ceux relevant des Children's Aid Societies (CAS) 318
4.1.1. Quelques éléments d'information 318
4.1.2. Quelques éléments d'évaluation 323
4.2. Dans les services d'hébergement pour personnes âgées 326
4.2.1. Le moratoire des foyers pour personnes âgées 326
4.2.2. Le développement rapide des Foyers de soins (Nursing Homes) à partir de 1972 327
4.2.3. Quelques éléments d'évaluation 329
4.3. Dans les services de maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie 333
5. Quelques pistes de réflexion issues des recherches 339
Conclusion: de l'Ontario au Québec 347
Bibliographie 349

Conclusion générale: vers un premier bilan 354
1. La privatisation constitue un enjeu 355
2. Sans mot dire, le gouvernement est en train de changer de politique 359
3. Comment expliquer que le gouvernement demeure si discret au sujet de ses intentions en matière de privatisation des services sociaux? 361
4. Quelques inquiétudes au sujet de la privatisation 365
5. Pour dépasser les pièges des comparaisons boiteuses entre les services sociaux publics et privés dans la présente conjoncture 373
6. Une démarche de recherche à continuer 380
Bibliographie 382

ANNEXES 385
Annexe 1: Guide pour les entrevues historiques 385
Annexe 2: Guide pour les entrevues contemporaines 387
Annexe 3: Liste des entrevues historiques 389
Annexe 4: Liste des entrevues contemporaines 391
Annexe 5: Liste des entrevues faites en Ontario 394
Annexe 6: Liste des sigles et des abréviations 397

Avant-propos

La présente recherche a pu être menée grâce à une subvention de recherche de 42 000$ obtenue de la Commission Rochon à l'été 1986. La démarche de recherche s'est déroulée entre août 1986 et avril 1987.

L'équipe qui a assuré la cueillette et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport était composée des quatre (4) personnes suivantes:

- Denis Bourque, disposant d'une expérience de 12 ans de travail en CLSC (dont onze années comme organisateur communautaire au CLSC Seigneurie de Beauharnois et une année comme coordonnateur des programmes au CLSC Des Trois Vallées). Monsieur Bourque s'est impliqué dans le projet au rythme de deux jours par semaine.

- Françoise David, disposant d'une expérience de 15 ans de travail au CSSMM et appelée à devenir coordonnatrice générale du Regroupement des Centres de femmes du Québec à partir de mai 1987. Madame David s'est impliquée dans le projet au rythme de trois jours par semaine.

- Edith Ouellet, détentrice d'un bacc en travail social et étudiante inscrite au programme de maîtrise en sociologie. Madame Ouellet dispose d'une expérience dans les organismes communautaires jeunesse. Elle s'est impliquée dans le projet au rythme de trois jours par semaine.

- Yves Vaillancourt professeur-chercheur dans le domaine des politiques sociales à l'UQAM depuis 1976 et Directeur du Département de travail social de la même université de juin 1983 à juin 1987. Monsieur Vaillancourt a assumé la direction du projet de recherche et s'est impliqué dans la démarche au rythme de quatre jours par semaine.

L'équipe composée des quatre personnes ci-haut mentionnées s'est réunie au rythme d'une fois par semaine pendant toute la durée de la recherche.

Nous tenons à remercier une série de personnes qui, à divers titres, nous ont apporté une précieuse contribution.

En tout premier lieu, nous remercions Raymonde Bourque qui nous a grandement aidés-es comme documentaliste, ainsi que Jacqueline Clément et Nathaly Gagnon qui ont assuré, avec Yves Vaillancourt, la dactylographie du présent rapport.

Nous remercions également les secrétaires et les professeurs-es du Département de travail social pour leurs encouragements et leur soutien constants.

Nous remercions vivement les quelques soixante-et-dix personnes qui ont généreusement accepté de nous donner une partie irremplaçable de leur temps, de leur expérience et de leurs idées dans des entrevues.

Nous remercions de façon particulière certaines personnes qui, à maintes reprises, ont accepté avec empressement et compétence de nous transmettre des données et des documents dont nous avions besoin. Nous pensons en particulier à Monsieur Michel Parazelli, secrétaire administratif du Regroupement des organismes communautaires jeunesse de Montréal métropolitain, ainsi qu'à quelques fonctionnaires du MSSS tels Messieurs H. Eugène Arsenault, Gratien Audet, Denis Carrier, Gilbert Michaud et Madame Pauline Lapointe .

Nous remercions également quelques personnes qui ont accepté de lire dans une perspective critique certaines versions de chapitres que nous leur avions soumises. Nous pensons en particulier aux apports précieux de Mesdames Monique Barrette, Christine Corbeil, Judith Dufour, Nathaly Gagnon, Lyse Brunet et de Monsieur Yvon Boucher.

Nous soulignons avec beaucoup de gratitude la collaboration soutenue, discrète et combien efficace de deux personnes qui nous ont hautement facilité l'accès à de précieuses sources documentaires. Nous faisons référence ici à Monsieur Gérard Darlington du Centre de documentation du MSSS à Montréal et à Madame Micheline Gaudet du Centre de documentation du CSSSRMM.

Enfin, nous saluons au passage d'autres collègues chercheurs-es également impliqués-es dans des activités de recherche pour la Commission Rochon et avec lesquels-les nous avons eu des interactions fréquentes et soutenantes, entre le printemps 1986 et le printemps 1987. Nous pensons, entre autres, à Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann, Paul-R. Bélanger,

Benoît Lévesque, Henri Dorvil, Nancy Guberman, Pierre Maheu et Jean-Bernard Robichaud dont nous connaissons et apprécions les travaux.

Yves Vaillancourt
Le 21 avril 1987.

Introduction

Les apparences sont parfois trompeuses. En observant superficiellement la présente conjoncture au Québec dans le domaine des services sociaux, plusieurs personnes pourraient être tentées de dire que la privatisation n'est pas un enjeu! Pour appuyer leurs dires, ces dernières pourraient, par exemple, se référer aux nombreux mémoires présentés devant la Commission Rochon au printemps 1986 en faisant remarquer qu'aucun groupe n'a proposé, avec clarté et détermination, la privatisation des services sociaux. Elles pourraient même, en se référant plus particulièrement à certains mémoires issus d'organisations patronales auxquelles on attribue plus facilement un préjugé favorable à la privatisation, arguer que dans ces mémoires, on trouve des positions fort modérées et non pas des plaidoyers dithyrambiques en faveur de la privatisation En effet, ne pourraient-elles pas nous dire, par exemple, que des groupes tels le Conseil du patronat du Québec (CPQ), l'Association des centres d'accueil privés autofinancés (ACAPA) et l'Association des centres hospitaliers et centres d'accueil privés du Québec (ACHAP) se contentent de promouvoir, avec beaucoup de nuances et de modération, les avantages d'un système mixte dans lequel le privé pourrait, en toute légitimité, avoir droit de cité et être autorisé à cotoyer le public?

Si nous nous en remettons principalement au discours, il nous est possible, à la vérité, de reconnaître que les mémoires des organismes représentatifs de l'entreprise privée à but lucratif, apparaissent plutôt nuancés au chapitre de la privatisation. Par exemple, dans la conclusion de son mémoire présenté en mars 1986, l'ACHAP s'exprime de la façon suivante:

> Dans un contexte où l'Etat réévalue son implication dans tous les secteurs de l'économie, il doit exister une complémentarité évidente et solide entre tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, que ceux-ci soient à caractère privé ou public. Le temps est venu de nous donner de nouvelles perspectives et de nouveaux consensus. Il en va de l'avenir de notre société. (1986: 22).

Le mémoire du CPQ se situe dans la même veine. Il s'applique même à se montrer rassurant sur les principes d'accessibilité et d'universalité et semble favorable à une stratégie des petits pas vers «des éléments de privatisation»:

> Est-il nécessaire, par exemple, que l'énorme et coûteux appareil de l'Etat effectue toutes les tâches reliées aux services de santé? Le C.P.Q. croit que non Les principes d'accessibilité et d'universalité peuvent être sauvegardés sans pour autant que l'Etat assure lui-même la dispensation de tous les services. Dans la mesure où l'Etat s'assure que ces principes sont respectés, n'y aurait-il pas lieu d'essayer d'obtenir des services de qualité au meilleur coût possible? (1986: 33)_

Puis , sur cette prudente lancée, le CPQ, un peu plus offensivement, se met à mettre de l'avant les mérites de l'entreprise privée. Mais il avance ses propositions en prenant bien soin de ne pas peser trop fortement et ostensiblement sur l'accélérateur. Il mentionne les avantages qu'il pourrait y avoir à «confier la gestion complète de certaines institutions à des entreprises privées.» Puis, comme pour rassurer à nouveau, il prend bien soir de préciser: «Encore là, il ne s'agit pas de privatiser le réseau en entier»(1986: 34) et il recommande:

> Que la Commission évalue la possibilité d'octroyer plus facilement des permis d'exploitation à des centres d'accueil et des hôpitaux privés qui négocieraient des offres de services avec le système

> public tout en respectant les normes du ministere des affaires sociales. (1986: 35)

Mais il nous importe, au seuil de ce rapport de recherche, d'etre tres clairs: nous ferions fausse route, en nous appuyant sur quelques phrases rassurantes et prudemment formulees comme celles que nous venons d'identifier, pour conclure que la privatisation des services sociaux n'est pas un enjeu. Il importe de faire attention au discours, notamment dans la conjoncture actuelle. Au terme de la recherche que nous venons de mener, nous sommes en mesure d'affirmer que **la privatisation des services sociaux, au niveau des pratiques concrètes, constitue un enjeu important présentement au Québec.** Nous faisons l'hypothese que la prudence qu'on retrouve dans le discours officiel emanant d'organismes et de personnes soupçonnes d'avoir des positions favorables a la consolidation du secteur privé a but lucratif, sur le terrain des services sociaux, s'apparente à une prudence de circonstance. Cette derniere s'explique par le souci de ne pas raviver des resistances a la privatisation lesquelles trouvent leurs racines dans certains mauvais souvenirs issus de la periode anterieure a la reforme des services socio-sanitaire au Quebec.

Toutefois, partir de la moderation de ce discours pour tirer la conclusion que la privatisation ne constitue pas un enjeu, ca serait faire fausse route et s'enlever la possibilite d'observer que des processus concrets de privatisation se developpent presentement dans plusieurs secteurs de services sociaux et pourraient se developper prochainement a un rythme beaucoup plus accelere si les tendances presentes se maintiennent. Comme nous le faisait remarquer dans une entrevue Monsieur H. Eugene Arsenault, un employé de l'Etat experimente qui travaille dans la fonction publique depuis le debut des annees 1960 et qui vient d'etre nomme au Service des

programmes aux personnes agees en perte d'autonomie au Ministere de la sante et des services sociaux (MSSS):

> Ce qui me frappe depuis mon arrivee dans ce service, c'est cette espece d'engouement que l'entreprise privee a pour organiser des services d'hebergement et aussi des soins sans que les gens ne le sachent trop. A l'heure actuelle, on a des demandes qui passent du petit etablissement de 4 a 5 lits au plus grand etablissement de 250 lits.
> [...]
> A l'heure actuelle je recois a mon bureau au moins une dizaine de telephones par demi journee de promoteurs qui me disent: on veut partir un centre d'accueil. Alors, je tâche de definir avec eux ce qu'est un centre d'accueil parce qu'ils veulent recevoir des personnes autonomes. [...] Je leur explique qu'ils n'ont pas besoin de permis. [...] Je suis extrêmement contrarie.(Entrevue avec E. Arsenault).

Ce temoignage saisissant d'un fonctionnaire devoue qui avait connu la deprivatisation des centres d'accueils au cours des annees 1970 constitue un indice parmi d'autres qui nous invitent a ouvrir les yeux attentivement pour prendre note d'importantes transformations en cours.

C'est precisement ce que nous avons tente de faire dans notre demarche de recherche et ce dont nous tenterons de rendre compte dans ce rapport, en centrant l'attention sur trois domaines principaux de services sociaux, soit les services aux **jeunes** (chap. 4), les services aux **personnes âgées** (chap. 5 et 6) et les services aux **femmes** (chap. 7). Tel que nous l'avions annonce dans le projet de recherche presente a la Commission Rochon en mai 1986, notre objectif principal demeure modeste: il vise a articuler une premiere **description** de ce qui se passe au niveau de la privatisation au Quebec. Cela ne signifie pas que nous ne prendrons pas le risque de degager certains elements d'analyse plus evaluative. Nous prendrons effectivement quelques risques, cependant nous demeurerons

prudents-es a ce sujet (cf. conclusion). Attendu la penurie de recherches sur la question au Quebec, nous n'avons pas le choix [1]: a partir d'une enquete menee au cours de six courts mois, nous avons tout juste la possibilite de proceder a un premier deblayage des processus de privatisation en cours au Quebec et, dans le but de mieux mettre en relief la singularite de l'experience quebecoise, il nous est apparu important de jeter un coup d'oeil sur ce qui se passe ailleurs au Canada et cela en nous appuyant sur les recherches deja faites ou en cours. Nous aurions aime pouvoir examiner la situation dans quelques autres provinces. Mais par manque de temps et de ressources, nous avons dû faire des choix et nous avons decide de privilegier le cas de l'**Ontario** (cf. chap. 8), soit celui d'une province voisine avec laquelle on a pris l'habitude dans plusieurs milieux de se comparer.

Avant d'entreprendre l'analyse des processus de privatisation en cours au Quebec et en Ontario, il demeure toutefois indispensable de se donner quelques parametres theoriques et historiques susceptibles, en quelque sorte, de mettre à notre disposition des unites de mesure et d'appreciation sans lesquelles nous n'aurions pas la possibilite de dechiffrer et de jauger la realite plus contemporaine. C'est en ce sens que nous presenterons successivement nos points de repere theoriques et methodologiques (cf. chap. 1), notre analyse de l'heritage historique au niveau des rapports entre le prive et le public dans l'organisation des services sociaux (cf. chap. 2) et, finalement, notre lecture des changements de strategie generale introduits par les gouvernements provinciaux, a Quebec, en rapport avec la privatisation, au cours des annees 1980 (cf. chap. 3.).

---

[1] Nous faisons reference evidemment ici a des recherches portant specifiquement sur la privatisation des services sociaux. Nous savons que certaines recherches ont ete entreprises sur la privatisation des services de sante (ex. CONTANDRIOPOULOS et LEMAY, 1986) ou sur la privatisation des societes d'Etat.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CENTRES HOSPITALIERS ET CENTRES D'ACCUEIL PRIVES DU QUEBEC [ACHAP] (1986), Un choix de société, mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, mars 1986, 24 p.

CONSEIL DU PATRONAT DU QUEBEC [CPQ] (1986), Pour des services de santé fournis à meilleur compte mais qui répondent aux besoins, Mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, avril 1986, 37 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et LEMAY, Anne (1986), L'évolution et la structure des coûts du système de santé et des services sociaux au Québec, Fédération des CLSC du Québec, Etude et analyse, Montréal, avril 1986, 162 p.

Chapitre 1
Quelques précisions théoriques et méthodologiques

Pour mieux saisir la cohérence de l'architecture d'ensemble de notre rapport, il est indispensable de fournir aux lecteurs et lectrices quelques explications sur les points de répères théoriques qui nous ont guidés ainsi que des informations concernant les choix méthodologiques que nous avons faits et à partir desquels nous avons recueilli nos données.

1. Quelques points de répères théoriques

Dans notre démarche de recherche,--et cela depuis l'élaboration de notre devis de recherche en mai 1986 jusqu'à la rédaction du présent rapport--, nous avons hautement bénéficié, au plan théorique, du déblayage effectué par un membre de notre équipe (VAILLANCOURT, 1987) qui a eu l'occasion, au cours des deux dernières années, de travailler en collaboration étroite avec d'autres chercheurs-es intéressés-es à théoriser et à enquêter sur la privatisation des services sociaux dans diverses régions du Canada (ISMAEL et VAILLANCOURT, 1987). Indéniablement, ces contacts privilégiés avec des ressources compétentes et intéressées par la question, dans d'autres provinces que la nôtre, nous ont beaucoup apporté. Entre autres, ils nous ont aidé à développer notre problématique d'ensemble et, plus particulièrement, à mettre au point notre définition du concept central de privatisation. Ils nous ont permis d'avoir accès à des travaux de recherches récents fort novateurs et stimulants comme en témoigne la bibliographie disponible à la fin de ce chapitre.

1.1. Notre définition de la privatisation

Nous définissons la privatisation des services sociaux comme un processus qui implique indissociablement deux éléments, soit, d'une part, un *désengagement* de l'Etat dans la propriété, ou la livraison , ou le financement, ou la régulation des services sociaux et, d'autre part, une *relève* assumée par des organismes privés, lesquels peuvent être ou bien des organismes à but lucratif --ce qui donne une privatisation de type commercial--, ou bien des organismes à but non lucratif tels, par exemple, des organismes communautaires et des groupes d'entraide --ce qui donne une privatisation de type communautaire--.[1]

1.2. Quelques implications de notre définition

La définition présentée ci-dessus nous apparaît fort riche en nuances et en implications de toutes sortes. Conséquemment, elle mérite d'être commentée soigneusement.

1)La privatisation sur laquelle nous enquêtons, dans le cadre de ce rapport est la privatisation des **services sociaux**. Nous distinguons cette dernière de celle des sociétés d'Etat, des services de santé, des services correctionnels, même si, au niveau théorique, il est possible d'identifier un noyau constitutif qui se retrouve dans les différences formes spécifiques de privatisation. Précisons que nous véhiculons une définition plutôt large des

[1] Cette définition reprend , à quelques nuances près, celle qu'on retrouve dans Vaillancourt (1987).

services sociaux, ce qui nous permet d'inclure non seulement les services dispensés par les institutions publiques, mais également ceux qui relèvent d'organismes non gouvernementaux tels les organismes communautaires jeunesse, les organismes communautaires s'occupant des femmes en difficulté, les organismes populaires de défense des droits des personnes âgées. Ces précisions permettent de comprendre que nous sommes à l'aise avec la définition opérationnelle des services sociaux amenée dans le Rapport de la Commission CASTONGUAY-NEPVEU:

> [...] les services sociaux se définissent alors comme un ensemble de moyens de nature préventive ou corrective, par lesquels la société vient en aide à des personnes, à des familles, à des groupes et à des collectivités, afin de les maintenir, de les intégrer ou de les réintégrer dans ce qu'ils considèrent comme une vie normale. (1972: 26)

2)La privatisation, pour nous, renvoie d'abord à un **processus concret** et non pas à un **discours**. Cela ne signifie pas qu'il faille se désintéresser de l'étude des discours sur la privatisation dans l'examen des politiques gouvernementales, ou encore des politiques des institutions publiques, ayant trait à la privatisation. Au contraire, il peut être fort pertinent, pour bien identifier le contour de certaines politiques gouvernementales, de tenir compte du discours tout autant que des processus ou des pratiques (MISHRA, 1987). Nous avons affaire là à deux niveaux distincts qui tantôt s'harmonisent, tantôt se contredisent. Par exemple, il est possible d'imaginer des cas où un gouvernement pourrait discourir abondamment en faveur de la privatisation sans pour autant agir dans cette perspective et d'autres dans lesquels un gouvernement pourrait demeurer discret au niveau du discours tout en posant des gestes concrets allant dans la direction de la privatisation. Cette précision nous incite, dans

l'étude des politiques gouvernementales de privatisation, à mettre l'accent sur les processus concrets, mais sans perdre de vue le niveau du discours, puisque les politiques gouvernementales sont indissociablement des discours et des pratiques.

3)La privatisation implique **deux éléments dont le premier est le désengagement de l'Etat.** Elle s'apparente à un **passage** du public vers le privé, du gouvernemental vers le non gouvernemental, de l'étatique vers le non étatique. Elle correspond à un processus de dé-étatisation. Plusieurs auteurs-es ont, souvent avec des accents qui leur sont particuliers, mis en relief cet élément de la définition. Par exemple:

-Le Social Planning Council of Metropolitan Toronto (SPCMT, 1984: 1): «... a [...] movement to transfer responsibility from governement to private individuals and organisations.»

-Lorna F. HURL (1984: 396): «... it is useful to view the practice of privatization as the delegation of government auythority to the non governement sector.»

-HURL et FREILER (1985): «... ways [used by governments] to withdraw from the provision of human services and, instead , to create 'service market places' by delegating to volontary (non-profit) and commercial (for-profit) social welfare organizations the responsibility for the delivery of human services.»

-FREILER (1986): «Privatization is the shifting of responsibility for human services from the governement to the "private sector"...»

-ISMAEL (1987): « As a process, it [privatization] has been identified by a broad range of state policies aimed at rolling back either the rate of growth or the absolute amount of state activity in the social service delivery system. As a trend [...] privatization may be identified as a devolution of responsibility for social provision to the needy from the public to the private sector." [2]

---

[2] Précisons que cette définition d'Ismael s'appuie sur les apports d'un ouvrage de LEGRAND et ROBINSON (1984).

- CONTANDRIOPOULOS et LEMAY (1986: 148): «D'une façon très générale, on peut définir la privatisation comme le processus qui consiste à faire passer au secteur privé quelque chose qui appartient ou qui est assumée par le secteur public.»

-THIEMEYER (1986): "Le transfert de certaines activités publiques ou fonctions publiques au secteur privé" pouvant prendre la forme d'un "système de concession et d'adjudication", de "subcontraction", de "contracting out".

-HANNANT (1987): «Privatization [is] the process of transferring governement assets or functions to the private sector.»

Donc, en référence au premier élément de notre définition, soit le désengagement de l'Etat, nous constatons qu'il est retenu par plusieurs auteurs.

4) Si nous prenons en considération le premier élément de notre définition, nous comprenons aisément comment il est impossible de parler de la privatisation des services sociaux, dans la présente conjoncture, sans **tenir compte de l'histoire de l'organisation des services sociaux**. En effet, dans la mesure où elle apparaît comme l'envers de l'étatisation, **la privatisation ne peut se mesurer que sur un fonds de scène d'étatisation**. Ainsi, l'analyse des processus actuels de privatisation exige une prise en compte de l'héritage historique au chapitre de l'organisation des services sociaux et de la place des services sociaux publics à l'intérieur de cette organisation. Le degré d'étatisation des services sociaux hérité de l'histoire, dans une société ou une province particulières, détermine en quelque sorte le possible en termes de privatisation. Dans une province canadienne donnée, si l'organisation des services sociaux à travers l'histoire a toujours été privée, il est plus difficile d'avoir des processus clairs de privatisation. En effet, l'Etat peut se retirer de la livraison de certains

services dans la mesure où il a déjà été engagé antérieurement dans celle-ci. Par contre, dans une autre province donnée --et nous faisons l'hypothèse que cela vaut pour le Québec--si l'organisation des services a déjà été significativement étatisée ou publique, nous retrouvons la possibilité théorique d'assister à des processus de désengagement de l'Etat et de privatisation. A la limite, nous pouvons concevoir des situations où la privatisation des services sociaux serait rendue impossible de par le fait que l'organisation des services aurait toujours été privée. Dans de telles situations,la simple revalorisation du privé n'implique pas automatiquement un accroissement de la privatisation.

5) La privatisation des services sociaux nécessite plus que le désengagement de l'Etat. Elle implique également un deuxième élément, soit une relève assumée par un organisme privé (à but lucratif ou non lucratif). En insistant sur ce deuxième élément et en précisant que la relève, suite au retrait de l'Etat, doit être assumée par un organisme privé d'un type ou d'un autre, nous optons pour une définition plus restreinte que celle adoptée par d'autres auteurs-es (v.g. FAID, 1985; FREILER, 1986) qui qualifient de privatisation certains désengagements de l'Etat conduisant à une responsabilisation accrue des individus et des

familles.[3] Avec CALLAHAN et MCNIVEN (1987), nous refusons de faire nôtre une définition aussi large et englobante de la privatisation:

> A major area of confusion in the privatization debate is the inclusion of informal, self help and individual efforts as part of the private sector. [...] Privatization requires that there is a formal private sector, capable of responding to needs. It differs from cutbacks where governement provision, subsidy or regulation is simply reduced, or cutoffs, where it is cancelled altogether, without any expectation that the private sector can or has the realistic potential to meet the need. (1987: 4)

En effet, il ne nous semble pas pertinent, à partir d'une définition large de la privatisation, d' établir une équation pure et simple entre des politiques de privatisation, de compressions budgétaires et de désinstitutionnalisation. Nous considérons qu'il est avantageux de retenir une définition plus restreinte de la privatisation afin de ne pas appeler automatiquement privatisation tout désengagement de l'Etat, sous prétexte que cela entraîne obligatoirement, d'une façon ou de l'autre, une augmentation des

---

[3] Voici par exemple deux définitions de la privatisation des services que nous trouvons fort riches et inspirantes mais que nous ne faisons pas nôtres intégralement parce que nous les trouvons trop englobantes. Il y a, par exemple cette définition de Peter Faid (1985: 8.) :«a policy intended to lessen the involvement of governement in the delivery, regulation and funding of human services, by encouraging added responsibility to families, community agencies and private enterprise.» . Il y a aussi la définition de Christa Freiler (1986 : 2) : «Privatization is the shifting of responsibility for human services from the government to the "private sector", which includes individuals, families, communities, churches, voluntary and commercial organizations.»

responsabilités assumées par d'autres niveaux de ressources privées.[4] Nous reconnaissons cependant que, dans la présente conjoncture, les compressions budgétaires et les pratiques de désinstitutionnalisation vont souvent de pair avec des politiques de privatisation.

6) **Les compressions budgétaires vont de pair avec des processus de privatisation des services, lorsque le même Etat, qui s'est désengagé, en réduisant les budgets affectés aux services sociaux publics par l'intermédiaire des compressions, favorise une relève assumée par le secteur privé en subventionnant ou en soutenant, d'une manière ou de l'autre, le secteur privé pour lui permettre de s'impliquer dans la livraison de tels ou tels services spécifiques.** Certes, dans des situations semblables, il est souvent impossible de démontrer hors de tout doute que les sommes épargnées par les compressions budgétaires --le retrait de l'Etat-- sont effectivement transférées, en totalité ou en partie, vers les services sociaux privés --la relève-- . Mais si on assiste concurremment à un désengagement de l'Etat dans les services sociaux publics et à l'émergence de nouveaux services sociaux privés soutenus financièrement par le même Etat, il nous apparaît que nous retrouvons les deux éléments de notre définition et que nous avons

---

[4] En d'autres termes, la privatisation au sens strict implique, pour nous, que **la relève assumée par le secteur privé --dans les domaines où l'Etat se désengage-- est, en quelque sorte, planifiée et non pas seulement subie par l'Etat**. Nous pourrions donc dire, en empruntant une distinction suggérée par Ramesh Mishra, que la privatisation est faite **«by design»** plutôt que **«by default»** (cf. entrevue avec R. Mishra). Mais nous nous en voudrions, après avoir exprimé notre position théorique sur la question de trop la durcir. Conséquemment, nous n'avons pas d'objection à parler de **privatisation au sens strict**, lorsque les deux conditions de la définition sont réunies, et de **privatisation au sens large**, lorsque, seul, le permier élément, soit le désengagement de l'Etat, est réalisé.

affaire à des formes subtiles mais néanmoins réelles de privatisation. C'est la raison pour laquelle, dans les chapitres 4 à 7, nous serons amenés-es à situer à l'intérieur de notre problématique de la privatisation, l'examen du soutien financier appporté par le gouvernement du Québec, pendant la première moitié des années 1980, soit des années de compressions budgétaires touchant les services sociaux publics, à certains organismes communautaires s'occupant des jeunes , des personnes âgées et des femmes en difficulté.

7) **La privatisation des services sociaux n'est pas réductible au phénomène de la commercialisation de ces mêmes services.** Avec un grand nombre d'auteurs-es cités-es ci-dessus, nous partageons une définition de la privatisation qui demeure suffisamment large pour nous permettre de reconnaître **deux types de privatisation, soit la privatisation de type commercial** --lorsque la relève du désengagement de l'Etat est assumée par le secteur privé à but lucratif-- et **la privatisation de type communautaire**--lorsque la relève du désengagement de l'Etat est assumée par des organismes du secteur privé à but non lucratif comme les groupes d'entraide et les groupes communautaires--. En reconnaissant ces deux types de privatisation, nous dégageons des paramètres fort précieux pour étudier les interactions entre trois grands secteurs de services sociaux, soit le secteur public -- ou étatique--, le secteur privé commercial et le secteur privé volontaire ou

communautaire.[5] En faisant ce choix théorique, nous sommes conscients cependant d'aller à contre-courant par rapport à une définition plus réductrice de la privatisation, souvent reprise par le sens commun. Selon une telle définition, que nous ne partageons pas, il n'y aurait pas de place pour la privatisation de type communautaire.[6]

8) **Les formes de privatisation sont multiples** et, à la suite de LABELLE et STODDART (1985), HURL (1984), HURL et FREILER (1985), CONTANDRIOPOULOS et LEMAY (1986), CONTANDRIOPOULOS et TESSIER (1986), ISMAEL (1987), nous en avons identifiées principalement quatre

---

[5] Evidemment, une analyse plus fine permettrait de constater que chacun des trois grands secteurs de services (public, privé commercial et privé communautaire) renvoie lui-même à une réalité hétérogène et éclatée. Par exemple, dans le secteur privé à but lucratif ou commercial, il importe de distinguer les entreprises de type familial et artisannal --par exemple une cheffe de famille monoparentale qui accueillerait huit bénéficiaires dans une famille d'accueil-- à une entreprise de type capitaliste qui mènerait des activités économiques de plus grande envergure et détiendrait des actions en bourse comme le Groupe Champlain , propriétaire de plusieurs centres d'accueil d'hébergement. De même, le secteur privé à but non lucratif représente une réalité tout à fait hétérogène dans laquelle il importe de distinguer plusieurs catégories de groupes d'entraide et de groupes communautaires.

[6] Dans l'entrevue qu'il nous a accordée, le professeur Ernie Lightman de l'Université de Toronto s'est exprimé sur les différences de terminologie. A ses yeux, la tendance à établir une équation entre privatisation et commercialisation vient de l'influence idéologique du courant dominant aux Etats-Unis dans lequel le secteur privé est identifié d'abord à l'entreprise privée à but lucratif. Toujours selon le professeur Lightman, la tradition développée en Angleterre est fort distincte à ce sujet de la tradition américaine puisque le concept de privé, dans le champ des services sociaux à tout le moins, renvoie spontanément au secteur non gouvernemental à but non lucratif. Au Canada, on retrouverait dans certaines provinces, dont l'Alberta, une influence prépondérante de la tradition américaine. Mais dans d'autres régions, dont l'Ontario, la terminologie serait souvent ambivalente, ambigue et imprécise --"loose"-- suite à l'interaction entre la tradition américaine et la tradition britannique. (Entrevue avec E. Lightman).

grandes formes selon que le passage du public au privé se réalise en référence avec la propriété, la livraison, le financement ou la régulation :

a) Il y a privatisation lorsque l'Etat se désengage au niveau de la **propriété** des établissements dispensant les services. C'est ce qui se passe si le gouvernement vend ou transfère, en partie ou en totalité, un établissement comme un CA, ou un CSS, ou un CLSC au secteur privé .

b) Il y a privatisation lorsque l'Etat --ou un établissement public-- se désengage au niveau de la **livraison des services**. Précisions que, même si dans le cadre de notre rapport, nous nous pencherons plus spécialement sur la livraison des **services professionnels**, i.e. les services sociaux eux-mêmes, la question des **services administratifs** et des **services auxiliaires** peut aussi faire l'objet de pratiques de privatisation. La privatisation des services administratifs, ou professionnels, ou auxiliaires implique que le gouvernement --ou un établissement public-- donne en sous-traitance au secteur privé, l'accomplissement de certaines tâches qui, auparavant, étaient assumées par du personnel des établissements publics ou parapublics. Ces pratiques de privatisation consistent alors à «faire faire» par le secteur privé des tâches de gestion (ex.: l'implantation d'une nouvelle formule administrative telle la planification stratégique) ou des services auxiliaires (ex.: la cafétéria d'un centre d'accueil), ou des services professionnels.

c) Il y a privatisation lorsque l'Etat se désengage au niveau du **financement** des services, par exemple via la tarification ou l'augmentation de la tarification, ce qui a pour effet d'augmenter la participation financière du secteur privé dans les services.

d) Il y a privatisation lorsque l'Etat se désengage au niveau de la **règlementation**. Cela se passe lorsque le gouvernement, dans le domaine

de la législation ou de la règlementation diminue les normes et concraintes destinées à endadrer les actions du secteur privé.

9) **Le désengagement de l'Etat** inhérent à tout processus de privatisation, que ce soit au niveau de la propriété, du financement ou de la livraison des services, **n'entraîne pas automatiquement une diminution du contrôle de l'Etat** sur ces mêmes services. Cette nuance est fort importante puisque certaines formes de désengagement de l'Etat peuvent même aller de pair avec l'augmentation de la régulation étatique (LAWS, 1986: 9). C'est ce qui se passe, par exemple, lorsque l'Etat utilise le dispositif légal et règlementaire pour encadrer la planification, la livraison et même l'évaluation des services sociaux relevant du secteur privé à but lucratif ou non lucratif.

10) Pour le moment, **nous ne voulons pas prendre position sur la question des familles d'accueil** à l'intérieur de notre problématique concernant la privatisation. Nous ferons occasionnellement référence aux familles d'accueil dans notre rapport, notamment dans le chapitre 5, mais pas de façon exhaustive et constante. Nous trouvons que cette question comporte des enjeux fort importants. Elle pourrait fort bien représenter un mécanisme utilisable à des fins de privatisation. Nous sommes enclins à penser que les familles d'accueil, à la différence des familles naturelles, devraient être prises en considération à partir de notre définition de la privatisation. Mais nous n'avons pas été en mesure, dans le cadre de cette démarche de recherche, de trancher cette question théorique lourde d'implication analytiques et stratégiques. Nous sommes conscients que cette imprécision constitue une lacune dans notre rapport. Nous espérons avoir l'occasion de nous pencher à nouveau sur cette question dans des travaux ultérieurs.

2. Nos choix méthodologiques

Les choix méthodologiques que nous avons faits sont très ajustés à l'objectif principal que nous poursuivons dans notre recherche, c'est-à-dire, tel que nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'objectif **d'identifier et de commencer à évaluer** les éventuelles pratiques de privatisation en cours dans trois domaines des services sociaux --soit les services aux jeunes, aux personnes âgées et aux femmes-- dans la présente conjoncture québécoise et cela, en conférant au concept de privatisation le contenu et l'étendue présentés dans la première section de ce chapitre. Cet objectif principal, comme nous avons eu l'occasion de l'expliquer, tout en nous incitant à privilégier l'étude du phénomène de la privatisation dans le Québec contemporain, nous amène, dans la mesure où nous ne pouvons pas nous passer de points de comparaison pour cerner à la fois la **spécificité contemporaine** et la **spécificité québécoise**, à tenir compte à la fois de l'héritage **historique des vingt dernières annnées** et de ce qui se passe dans une autre province voisine, soit **l'Ontario**. Donc les méthodes retenues pour ramasser les données devaient nous permettre de cerner à la fois le **volet historique** --de 1970 à 1985-- et le **volet contemporain** au niveau des rapports entre le public et le privé dans l'organisation des services sociaux en général et, plus spécifiquement, dans l'organisation des services sociaux concernant les jeunes, les personnes âgées et les femmes.

Pour recueillir les données dont nous avions besoin, nous avons misé sur **une méthodologie faisant appel à la complémentarité entre deux types de méthodes**.

D'une part, **nous avons misé sur une première méthode qui était l'analyse de contenu de différents types de sources documentaires.** Ces différents types de sources documentaires étaient, entre autres:

- des documents législatifs et règlementaires;

- des documents gouvernementaux émanant principalement du Ministère des affaires sociales (MAS) devenu en 1985 le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS);

- des données statistiques gouvernementales pertinentes (ex.: les rapports annuels du MAS/MSSS);

-des documents produits par les organismes du réseau ainsi que par les organismes du secteur privé à but lucratif ou non lucratif;

-des documents et études produites par divers associations intéressées au dossier des services sociaux --dont les organisations patronales ,syndicales et professionnelles--;

-des mémoires présentés à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux;

-des études et analyses produites par des universitaires et des chercheurs-es rattachés-es à divers organismes.

D'autre part, **nous avons misé sur une méthode plus qualitative qui nous a amenés-es à faire environ cinquante-cinq entrevues dirigées**, dont **une vingtaine pour le volet historique** en rapport avec l'évolution des services sociaux au Québec au cours des vingt (20) dernières années, **une vingtaine pour le volet contemporain** pour cerner les pratiques de privatisation en cours au Québec et **une quinzaine pour faire le point sur les recherches déjà faites ou en cours concernant la privatisation en Ontario**. Comme dans plusieurs

entrevues, il y avait plus d'une personne, nos cinquante-cinq entrevues nous ont permis de mettre à contribution environ soixante-et-dix personnes.

Pour encadrer ces entrevues, nous avons préparé **deux guides d'entrevue** qu'on trouvera en annexe. Le premier guide (cf. annexe 1) a été utilisé pour faire les entrevues du volet historique au Québec. Le deuxième guide (cf. annexe 2) a été utilisé à la fois pour faire les entrevues contemporaines au Québec et en Ontario. Dans ce dernier cas, précisons que nous avons utilisé le guide avec beaucoup de flexibilité de façon à pouvoir tenir compte de l'expérience et de l'expertise des interlocuteurs-trices dans le domaine de la privatisation. En examinant les questions retenues dans le guide, on pourra constater que la majorité des questions visent à aller chercher des données factuelles ayant trait à la privatisation --ou à son contraire, l'étatisation--, tandis que les autres questions invitaient les personnes interviewées à nous communiquer des éléments d'évaluation des processus de privatisation --ou d'étatisation-- dont ils,elles avaient parlé auparavant.

Quant au choix des personnes à interviewer nous l'avons fait en tenant compte de critères différents selon que les personnes interviewées devaient appartenir à l'un ou l'autre des trois groupes mentionnés ci-dessus, soit le groupe Québec/historique, le groupe Québec/contemporain et le groupe Ontario.

Pour le choix de la vingtaine de personnes du **groupe Québec/historique** (cf. annexe 3), nous avons, au point de départ établi un critère d'admissibilité fort simple: les personnes devaient , soit par expérience directe, soit par des recherches menées sur la question, avoir une riche connaissance de l'évolution des services sociaux ,dans l'un ou l'autre des trois secteurs privilégiés --jeunes, personnes âgées, femmes--, depuis la

réforme. En outre, nous avons tenté de diversifier les personnes en tenant compte de la diversité des secteurs (public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif) et de la diversité des postes ou des lieux d'expérience. Conséquement, nous avons tenté d'équilibrer notre liste en choisissant principalement des personnes qui avaient été :

-soit ministre ou sous-ministre au MAS;

-soit haut fonctionnaire ou simple fonctionnaire au MAS;

-soit à la direction d'un établissement du réseau public ou des réseaux privés;

-soit intervenants-es dans les organismes publics ou privés.

Pour le choix de la vingtaine de personnes à interviewer dans le **groupe Québec contemporain** (cf. annexe 4), nous avons essayé de faire une liste équilibrée en tenant compte à la fois des trois domaines spécifiques de services sociaux privilégiés (jeunes, personnes âgées, femmes), des trois grands secteurs (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif) et des sortes de fonctions occupées (direction du MSSS, fonctionnaire au MSSS, direction des organismes publics et privés, intervenants-es dans les organismes publics et privés).

Pour le choix de la quinzaine de personnes à interviewer dans le **groupe Ontario** (cf. annexe 5), nous avons privilégié le choix d'universitaires et de chercheurs-es qui nous apparaissaient être à la fine pointe au niveau de la recherche déjà faite ou présentement en cours, dans le domaine de la privatisation des services sociaux en Ontario. Ce choix s'imposait dans la mesure où dans notre projet de recherche, nous nous intéressions au cas de l'Ontario non pas avec la prétention de pouvoir produire des connaissances nouvelles, mais avec la préoccupation de pouvoir synthétiser --et utiliser comme point de comparaison-- les connaissances les

plus importantes produites dans le passé récent ou dans le présent sur le sujet qui nous intéresse. En effet, ne l'oublions pas, le cas de l'Ontario nous intéressait principalement dans la mesure où nous avions besoin d'avoir à notre disposition un important point de comparaison qui nous aiderait à mieux dégager et analyser la spécificité du cas québécois.[7] La priorité donnée aux universitaires et aux chercheurs-es ne nous a pas amenés-es à négliger complètement le point de vue d'autres types d'experts-es. En examinant la liste des personnes interviewées en Ontario, on aura le loisir de constater que, tout en interviewant un nombre significatif d'universitaires, nous avons également interviewé un Sous-ministre adjoint du Ministère des communautés et des services sociaux (MCSS) et quelques autres personnes directement impliquées dans les services sociaux, soit au niveau de la gestion, soit au niveau de l'intervention.

Au sujet des entrevues, ajoutons une précision: nous avons eu la possibilité de les enregistrer sur rubans magnétiques dans plus de 90% des cas. Cependant, dans le cadre de ce projet de recherche, nous n'avons eus ni les moyens, ni le temps de faire dactylographier mot à mot le contenu de chacune des entrevues. Nous avons préféré travailler à partir de synthèses de 8 à 10 pages pour chacune des entrevues et de retourner au besoin aux enregistrements. Ce choix se justifiait amplement dans la mesure où nous avions besoin des entrevues principalement pour compléter, nuancer et confronter les **informations factuelles** recueillies dans les sources documentaires sur les processus de privatisation en cours et moins pour

---

[7] Nous aurions souhaité également pouvoir enquêter sur quelques provinces de l'Ouest. Mais le temps nous a fait défaut et nous avons préféré consacrer plus de temps et de soin au cas ontarien auquel on a pris l'habitude de se référer de façon tendancieuse, dans un nombre croissant de milieux, au Québec.

obtenir des opinions et des éléments d'évaluations sur le pour et le contre de la privatisation.[8]

En terminant cette section sur la méthodologie et sur la place des entrevues dans notre démarche d'enquête, il est bon de préciser que nous avons rencontré une collaboration exceptionnelle chez la très grande majorité des personnes-ressources sollicitées. Sauf à la direction du MSSS, nous n' avons essuyé aucun refus dans nos demandes d'entrevues.[9]

---

[8] Comme le révèle l'examen des deux questionnaires utilisés, nous avions néanmoins quelques questions qui invitaient les personnes interviewées à nous donner des opinions et des éléments d'évaluation. Nous avons posé ces questions pour recueillir des opinions, des argumentations et des hypothèses susceptibles de stimuler notre propre démarche analytique et évaluative.

[9] Nous aurions beaucoup apprécié faire une entrevue avec une personne de la haute direction du MSSS afin de connaître les objectifs politiques poursuivis en matière de privatisation par le ministère sous le nouveau gouvernement. A cet effet, nous avons d'abord sollicité une entrevue auprès de la ministre, Madame Thérèse Lavoie-Roux, puis auprès de Monsieur Réjean Cantin, Sous-ministre en titre, puis auprès de Monsieur Paul Lamarche, Sous-ministre adjoint à la planification. Pour montrer le sérieux de nos demandes, nous avons même fait parvenir le devis de notre projet de recherche ainsi que le questionnaire que nous voulions utiliser. Mais dans les trois cas nous avons essuyé un refus, même si on a eu la courtoisie de nous mettre en contact avec des haut fonctionnaires bien informés sur les dossiers qui nous intéressaient. Ces refus rencontrés nous ont surpris, notamment lorsque nous les comparions avec l'accueil reçu dans les hauteurs du ministère correspondant en Ontario (MCSS), où on nous a permis de faire une entrevue avec un Sous-ministre adjoint moins de 24 heures après notre demande et où on nous a offert de rencontrer quelques jours plus tard le Sous-ministre en titre si nous avions besoin d'une telle entrevue.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU CANADA (1985), Privatiser les hôpitaux?, Document de travail préparé par le Service de recherche et de développement de l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa, septembre 1985, 68 p.

AZIM, A.N. (1987), «Privatization of Social Services: Potential Implications and Consequences» in ISMAEL, Jacqueline S. and THOMLISON, Ray J. (Editors), Perspectives on Social Services and Social Issues, Canadian Council on Social Development, Ottawa, pp. 39-64.

CALLAHAN, Marilyn et McNIVEN, Chris (1987), «The British Columbia Case» chapitre inédit à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y. (éditeurs), Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, automne 1987.

CASTONGUAY, Claude et NEPVEU, Gérard (1972), Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Volume VI: Les services sociaux, Tome I, Gouvernement du Québec, Québec, 1972, 381 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et LEMAY, Anne (1986), L'évolution et la structure des coûts du système de santé et des services sociaux au Québec, FCLSCQ, Etude et analyse, Montréal, avril 1986, 162 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et TESSIER, Geneviève, «Un système privé, une solution?» in Artère, Chronique du département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal, mars 1986, pp. 14-15.

FAID, Peter (1985), «Privatization: eroding the social security net?» in Perception, Vol. 9, No 2 (nov./dec. 1985), pp. 8-11.

FREILER, Christa (1986), Privatization and Commercialization, texte non publié d'une communication faite à la conférence «A New Era for Voluntarism» tenue sous les auspices du United Way de Toronto, en juin 1986, 15 p.

HANNANT, Joan (1987), Privatization and its Impact on Women, Prepared for National Action Committee on the Status of Women, Research Innovations, Toronto, preliminary draft.

HURL, Lorna F. (1984) «Privatized Social Service Systems: Lessons from Ontario Children's Services» in Canadian Public Policy, X ,4, pp. 395-405.

HURL, Lorna et FREILER, Christa (1985), Privatized Social Services: the Ontario Experience, Paper presented at Interprovincial Conference on Social Welfare, Calgary, Alta, May 1985.

ISMAEL, Jacqueline (1987), «A Conceptual Framework», chapitre à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y. (éditeurs), Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, automne 1987

KINKAIDE, Perry S. (1987), «The Revitalization of Community Enterprise: The Alberta Case for "Privatizing" Social Services», in ISMAEL, Jacqueline S. and THOMLISON, Ray J. (Editors), Perspectives on Social Services and Social Issues, Canadian Council on Social Development, Ottawa, pp. 19-37.

LAWS, Glenda (1986), Does Privatization Really Imply the Dismantling of the Welfare State, communication non publiée présentée aux Sociétés savantes (ACESS), à l'University of Manitoba, Winnipeg, juin 1986.

LE GRAND, J. et ROBINSON, Ray (1984), Privatization and the Welfare State, George Allen and Unwin, London.

LIPIETZ, ALAIN (1985), L'audace ou l'enlisement. Sur les politiques économiques de la gauche, Editions La Découverte, Paris, 370 p.

MISHRA, Ramesh (1987), «The Ontario Case», chapitre inédit à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y. (éditeurs), Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, automne 1987.

SOCIAL PLANNING COUNCIL OF METROPOLITAN TORONTO (SPCMT) (1984), Caring for Profit. The Commercialization of Human Services in Ontario, SPC, Toronto, 112 p.

STODDART, Greg L. et LABELLE, Roberta J. (1985), Privatisation du système canadien de santé: assertions, faits, idéologie et options, publication autorisée par le Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Ministre des Approvisionnements et Services, Ottawa, 110 p.

THIEMEYER, Theo (1986), "La privatisation. Des différents usages de ce terme au cours d'un débat international en matière de théories économiques", in Annales de l'économie publique, sociale et coopérative, juin 1986, pp. 141-153.

VAILLANCOURT, Yves (1987), «Le cas québécois», texte inédit de 48 p. d'un chapitre à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y. (éditeurs), Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, printemps 1988.

Chapitre 2
L'héritage historique

A partir des remarques theoriques presentees dans le premier chapitre, il est aise de comprendre ceci: il serait perilleux, voire impossible, au Quebec comme dans d autres provinces canadiennes, d examiner les processus de privatisation en cours dans la conjoncture actuelle, sans tenir compte de l evolution historique de l organisation des services sociaux. En effet, la reconstitution de la toile de fond historique constitue un detour necessaire dans notre demarche, si nous voulons etre en mesure de cerner et d apprecier l existence et le degre des processus de privatisation dans tel ou tel secteur.

Nous avancons l hypothese suivante: notre heritage historique dans les services sociaux au Quebec, eu egard a la question des rapports entre le prive et le public, s apparente a **un amalgame complexe constitué à la suite de la sédimentation de deux strates fort distinctes, voire contradictoires. La première strate, héritée de la période antérieure à la réforme des années 1970, est marquée par l'omniprésence du privé à l'intérieur de l'organisation des services sociaux. La deuxième strate, héritée de la première phase de la réforme en cours pendant les années 1970, est marquée par l'omniprésence de l'étatique à l'intérieur de l'organisation des services sociaux**. Paradoxalement, le Quebec pourrait etre la province canadienne ou les services sociaux ont ete a la fois les plus prives (avant 1970) et les plus publics (apres 1970). Or, comme notre passe faconne notre

present, nous pourrions avancer l'idee que, dans le subconscient quebecois, les contraires cohabitent: certains souvenirs anciens nourrissent la mefiance du prive et d'autres souvenirs plus recents alimentent la peur du public.

1. Avant la réforme des années 1970: des services sociaux très privés

Pour transmettre un tableau fiable et vivant de la situation des services sociaux privés avant la réforme, nous commencerons par decrire l'organisation de ces services en mettant l'accent sur les differences formes d'amenagement privé puis nous degagerons quelques elements d'evaluation empruntés successivement au Rapport Boucher, au Rapport Castonguay-Nepveu ainsi qu'à quelques témoins de l'epoque.

1.1. Description de l'organisation des services sociaux.

Pendant l'année budgetaire 1970-1971, d'apres le Rapport Castonguay-Nepveu, l'Etat québécois payait 150 millions $ pour contribuer au financement des services sociaux destines aux enfants, aux jeunes, aux personnes âgees et aux familles (1972b: 104-150). Toutefois, même si les fonds publics fournis par le gouvernement du Quebec constituaient plus de 85% des coûts defrayés par les institutions et organismes qui dispensaient les services,[1] ces institutions et organismes etaient encore à l'epoque, dans

---

[1] Le Rapport Castonguay-Nepveu precise qu'en 1970, « the financing of private social services was assumed on an average of 87.6 per cent by the Quebec State. » (1972a (edition anglaise): 175). Ajoutons une precision sur le financement public des services sociaux: à la fin des annees 1960, une partie des budgets dépenses par le gouvernement provincial dans le domaine des services sociaux était neanmoins financee a même les sommes fournies

leur totalite, des etablissements prives tantôt à but non lucratif, tantôt à but non lucratif.

Cette affirmation peut surprendre puisque certaines interpretations de l'histoire du Quebec suggèrent que la modernisation de la societe quebecoise --comprise comme un mouvement de de-privatisation , d'etatisation et de laicisation-- serait survenue pendant les annees febrilles de la Revolution tranquille (1960-1966) et cela dans tous les secteurs de la vie collective en même temps. Cette lecture n'est pas exacte. Même si les annees 1960-1966 constituent un moment particulièrement intense d'ebullition et de transformation sociale, la Revolution tranquille, en tant que processus de modernisation, a duré jusqu'au début des années 1970. Certes, dans certains domaines dont celui de l'education primaire et secondaire, le mouvement de modernisation fut amorce de façon claire et decisive des la premiere moitie des annees 1960. Mais dans d'autres domaines dont celui des services sociaux, par exemple, il fallut attendre jusqu'en 1971 pour assister au coup d'envoi d'une reforme en profondeur qui était en gestation cependant depuis plusieurs annees.

En somme, à l'aube des annees 1970, le systeme des services sociaux au Quebec etait encore totalement prive, même si, depuis les annees 1950, il se trouvait fissure de toutes parts et remis en question par des segments de plus en plus larges de la population. Ce systeme privé était loin d'etre homogène. Il ressemblait à une mosaique eclatée dont les composantes, bien que privées, n'en demeuraient pas moins fort diversifiees. Pour

---

indirectement par le gouvernement federal en vertu des ententes fiscales (transfert de 4 points d'impôt sur le revenu des particuliers) etablies entre Québec et Ottawa en référence au Régime canadien d'assistance publique. Voir CASTONGUAY-NEPVEU (1972b: 299-300.).

reconstituer cette mosaique à laquelle renvoyait l'organisation des services sociaux quebecois en 1970, il est utile d'identifier les composantes suivantes.

1)Il y avait des services sociaux dispenses par **les organismes bénévoles et communautaires hérités des décennies antérieures et constituant le réseau plus traditionnel des organismes de charité et de bien-être financés par les diverses campagnes annuelles de levées de fonds** organisées soit par la Fédération des oeuvres de charite canadiennes-françaises (pour le cote francophone catholique), soit par d'autres federations analogues pour la communaute juive, la communaute catholique anglophone, et la communaute protestante anglophone. Nous pensons ici aux services dispensés par les Societés Saint-Vincent de Paul, par les maisons d'accueil pour itinérants, par les YMCA, etc. Ces services appartenaient au secteur privé a but non lucratif (Castonguay-Nepveu, 1972a: 45-48).

2) Il y avait les services sociaux dispenses par de **nouveaux organismes de type bénévole et communautaire** mis sur pied dans les quartiers populaires des grandes villes et dans les zones rurales defavorisees pour faire face à des problèmes sociaux aigus laisses a découvert par les organismes plus traditionnels oeuvrant dans les services sociaux. Nous pensons ici a des organismes de revendication et a ces «comites de citoyens» nes dans la deuxieme moitie des annees 1960 . Nous faisons reference, plus precisement à des «maisons de quartier», a des groupes de defense des droits des assistes sociaux, à des organismes communautaires jeunesse tels le Bureau de consultation jeunesse.[2] Precisons que les organisations

---

[2] Voir CASTONGUAY-NEPVEU, (1972a: 68-69). Pour une analyse plus approfondie du developpement des groupes populaires a l'epoque, voir

communautaires jeunesse semblaient particulierement agissantes et dynamiques dans la region de Montreal au tournant des annees 1960 et 1970.

3) Il y avait un large éventail de services sociaux a la famille, a l'enfance, aux femmes et aux personnes âgées dispensés dans le cadre de la **Loi d'assistance publique du Québec**. Cette législation, adoptee en 1921, se trouvait toujours en vigueur en 1970, et cela en depit de son caractere dramatiquement désuet qui paraissait au grand jour depuis la fin de la Deuxieme Guerre Mondiale. En dépit de son nom trompeur, la loi d'assistance publique etait une législation cadre qui balisait les services sociaux prives dispenses par des établissements privés a but non lucratif reconnus comme institutions «d'assistance publique». En vertu de cette legislation, l'Etat provincial, depuis 1921, contribuait en partie au financement des services sanitaires et sociaux dispenses par des institutions d'assistance qui assuraient des services d'hebergement ou d'aide à domicile. A ses origines, le régime de l'assistance publique émanant de la legislation du même nom se caracterisait par un financement rigoureusement tripartite assure par les institutions elles-mêmes (un tiers), par les municipalites (un tiers) et par l'Etat provincial (un tiers). Mais des les annees 1950, la part de l'Etat provincial allait en s'accroissant à mesure que la capacite de payer des municipalites et des établissements diminuait. Depuis le debut des annees 1960, les municipalites étaient pratiquement sorties du tableau, et l'Etat provincial assumait la part du lion dans le financement de coûts qui augmentaient rapidement et depassaient la capacite de payer des etablissements prives. Parmi les établissements de distribution de services

---

McGRAW (1978), COLLIN et GODBOUT (1975), DESY et al. (1980) GODBOUT (1983), LEVESQUE et BELANGER (1985).

sociaux relevant de la législation québecoise d'assistance publique, il y avait encore, à la fin des années 1960:

a) plus d' une quarantaine d'agences de service social polyvalentes ou spécialisées; (PERRON, 1986: 229; CASTONGUAY/NEPVEU, 1972a: 131-145 et 1972b: 285-287);

b) environ 160 centres d'accueil d'hebergement pour personnes âgées ou adultes représentant un total de 13,700 places, soit 67.6% des places d'hebergement pour personnes âgées ou adultes; (CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 27-29.)

c) 80 établissements concernant des enfants abandonnés ou en difficulté representant un total de 9,150 places, soit 65% des places d'hébergement pour enfants (CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 34-39.);

d) d'autres établissements concernant les «meres célibataires», les personnes handicapées, etc.

Ajoutons une précision : **les services sociaux relevant du régime de l'assistance publique étaient privés à but non lucratif** et la plus importante partie de ces services, notamment dans la communauté francophone, étaient confessionnels et administrés par des communautés religieuses masculines ou féminines.[3]

4) Il y avait aussi, fort curieusement, des services sociaux concernant les jeunes et les personnes âgées relevant d'établissements privés à but lucratif incorporés en vertu de la Loi sur les hôpitaux privés et non pas en vertu de la Loi d'assistance publique.

---

[3] Voir VAILLANCOURT (1988: chap. 3) et SANTE SOCIETE (1986 : 55 et suivantes).

a)Dans le domaine des maisons d'hebergement pour personnes âgees et adultes, les etablissements de type commercial relevant de cette législation étaient au nombre de 243 et ils comprenaient 5,614 places, soit 27.7% des places d'hébergement disponibles pour cette catégorie de beneficiaires (CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 29-32.).

b)Dans le domaine des services sociaux aux jeunes, 36 établissements a but lucratif étaient incorpores en vertu de la Loi sur les hôpitaux privés. Ces établissements comprenaient 2,892 places d'hébergement, soit 20.5% de l'ensemble des places d'hébergement disponibles pour jeunes en difficulté (CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 34-35.) A l'époque, le secteur privé à but lucratif, dans le domaine des services sociaux aux jeunes, comprenait des centres de réadaptation pour jeunes handicapés mentaux légers («gardables » et «éducables») qui representaient un total de 2,269 lits (CASTONGUAY-NEPVEU, 1970: 37). Or, en 1970, 38.7% de ces lits (soit 1,156) étaient sous la coupole d'une chaine de huit (8) établissements détenus par un seul proprietaire connu par un nom d'emprunt: ANBAR.[4] Ces centres d'accueil de readaptation pour jeunes handicapés mentaux se retrouvaient principalement sur la Rive-Sud de Montréal, a Montreal et dans la région de Saint-Jérome de Terrebonne;

---

[4] Nous trouvons une allusion discrète à la chaine d'établissements controles par ANBAR dans CASTONGUAY-NEPVEU (1970: 39): «Une entreprise a laquelle le ministere de la Famille et du Bien-être social semble avoir abandonne le soin d'amenager les ressources pour deficients mentaux gardables, entrainables et educables a attire notre attention. Les 1,156 lits des 8 etablissements qu'elle compte representent 38.7 pour cent de tous les lits pour déficients mentaux gardables, entrainables et éducables et 44.4 pour cent des lits des établissements à but lucratif pour ces mêmes catégories.»

comme nous le verrons plus loin, ils furent au coeur de plusieurs controverses pendant les années 1960 et 1970.

5) Il y avait des **services sociaux dispensés aux jeunes par des établissements à but non lucratif qui étaient incorporés en vertu de l'ancienne Loi de la protection de la jeunesse** et non pas en vertu de la Loi d'assistance publique. D'après le Rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, ce type d'amenagement concernait 18 etablissements comprenant 2,042 places, soit 14.5% des places dans ce secteur(CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 34-35.).

6) Il y avait des **services sociaux privés de type commercial qui étaient souvent faits au noir ou clandestinement** (CASTONGUAY-NEPVEU, 1972a : 86.). Nous pensons ici, d'une part, a des services de maintien a domicile et, d'autre part, a des services sociaux d'hebergement pour personnes âgées ou handicapées dispenses dans des foyers qui ne disposaient pas de permis.

1.2. Quelques éléments d'évaluation

L'organisation privée des services sociaux qui prevalait encore au Quebec, a l'orée des années 1970, soit dix ans apres l'amorce de la Revolution tranquille, representait un étrange anachronisme. Cependant, les jours de ce modele prive de distribution de services sociaux etaient comptes. Deja, dans les années 1950, avec la montée de l'anti-duplessisme, ce modele avait ete fortement pris a partie par le mouvement ouvrier et populaire et par les cercles reformistes des nouvelles petites bourgeoisies qui aspiraient profondément a une démocratisation de la societe quebecoise. Et il faut comprendre qu'a l'epoque, l'aspiration a la democratisation convergeait avec

une demande d'intervention accrue de l'Etat provincial dans le développement social et les services sociaux, c'est-a-dire avec une demande de de-privatisation.

1.2.1. L'évaluation du Rapport Boucher

Pendant les annees 1960, a mesure que la Revolution tranquille se developpait dans divers secteurs de la vie collective dont la sante et l'education, la desuetude du systeme privé de services sociaux apparaissait encore plus nettement au grand jour. La publication du **Rapport Boucher,** sur l'assistance publique, en 1963, avait mis en relief, avec une particuliere vigueur, les limites des organismes privés a but non lucratif dans le domaine social, le caractere perimé de la theorie de l'Etat suppletif (ou residuel) et la nécessité d'une réorganisation des services sociaux passant par la planification et l'encadrement étatiques (BOUCHER, 1963: 107-127 et 153-165; VAILLANCOURT, 1986). Dans les annees qui suivirent immediatement la parution du Rapport Boucher, les recommandations de ce rapport en reference à l'assistance publique et aux services sociaux ne furent pas immédiatement mises en application . Toutefois, l'esprit et les grandes orientations de ce rapport marquèrent de façon decisive les reflexions, les évaluations et les projets qui émanerent des ministeres à vocation sociale du gouvernement du Quebec. Cela fut particulierement le cas au cours des annees 1965 et 1966, lorsque René Levesque, alors ministre liberal, dirigeait le Ministère de la Famille et du Bien-être social (SANTE SOCIETE, 1986 : 102.). La montée des luttes syndicales dans le secteur hospitalier et le développement de la syndicalisation dans les agences se service social, dans la deuxième moitié des années 1960, constituerent un facteur additionnel

pour inciter les gouvernements a mettre a l'ordre du jour la reforme des services sociaux.

1.2.2. L'évaluation du Rapport Castonguay-Nepveu

Lorsque la Commission Castonguay entreprit ses travaux, à partir de la fin de l'année 1966, elle se trouvait évidemment interpellée et influencée par une atmosphère idéologique et politique générale qui l'invitait vigoureusement à s'attaquer au caractère tout à fait caduc de ce système privé de services sociaux qui avait perduré. C'est ce qu'elle fit.

Pour reconstituer le diagnostic et les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu dans le domaine des services sociaux, il faut se référer, d'une part, pour le volet des services sociaux du secteur commercial --i.e. à but lucratif-- , au Tome II du Volume VII paru en 1970 et, d'autre part, pour le volet des services sociaux du secteur volontaire --i.e. à but non lucratif-- , aux tomes I et II du Volume VI parus seulement en 1972, soit plus d'un an après que Claude Castonguay eut quitté la présidence de la Commission pour prendre la responsabilité du futur ministère des Affaires sociales (MAS).[5]

---

5 Claude Castonguay quitta la présidence de la commission d'enquête le 12 mars 1970. Il fut élu député libéral le 29 avril 1970 et devint ministre de la Santé et de la Famille et du Bien-être social le 12 mai 1970. Voir CASTONGUAY-NEPVEU, 1972b : 5. Ces données permettent de penser que Monsieur Castonguay, au moment de son arrivée au ministère en 1970, devait être au courant du contenu du Vol. VII, Tome II sur les établissements à but lucratif et ne connaissait pas le contenu du futur Volume VI. Et quand on sait que la législation concernant la réforme de services sociaux autant que des services de santé fut adoptée des décembre 1971, soit avant même que soient sortis les deux tomes du Volume VI sur

1.2.2.1. Le secteur privé à but lucratif

L'analyse faite par la Commission des services sociaux relevant du secteur privé de type commercial était concise et claire. Avec le recul du temps, il est frappant de constater jusqu'à quel point le **diagnostic était sévère**:

> Tout en reconnaissant les services qu'il a rendus et qu'il rend encore, force nous est de constater que le secteur à but lucratif procède d'une motivation et poursuit des objectifs qui ne sont pas compatibles avec les principes fondamentaux sur lesquels doit s'édifier le régime que nous avons propose pour la santé et les services sociaux (...)
>
> Nous ne prétendons pas que les personnes qui se sont engagées dans le secteur de l'hospitalisation ou de l'hebergement a but lucratif ont toutes, sans exception, recherche uniquement les avantages pecuniaires qu'elles allaient en retirer. Ce que nous croyons, c'est que les services d'hospitalisation et d'hébergement --qui sont le produit d'une activite ayant essentiellement pour but de satisfaire des besoins humains-- doivent être rémuneres a leur juste valeur, mais sans ouvrir la porte a l'exploitation de l'homme par l'homme. Ce ne sont pas les personnes mais le systeme que nous désapprouvons a cause des abus qu'il engendre et de l'obstacle qu'il pose à l'integration des modes de distribution des soins et des services sociaux, a la planification des systèmes et a la participation des citoyens. En outre, nous avons constate l'impossibilité dans laquelle se trouve l'Etat d'assujettir le secteur à but lucratif à des normes

---

les services sociaux, on peut comprendre jusqu'à quel point le dossier des services sociaux pouvait être subordonné à celui de la sante à l'epoque.

> rigoureuses et son impuissance, quand celles-ci existent, à en contrôler l'appplication.[6]

La Commission ne se contentait pas de brandir ce jugement plutôt brutal. Elle s'appliquait, à partir d'une argumentation bien etayée, a expliquer comment la recherche du profit était une source d'abus qui faisait obstacle a la planification, à la participation, a la qualité des services (1970: 44-46). Puis, elle avançait une conclusion découlant en droite ligne du diagnostic: «....**nous en somme venus à la conclusion que l'entreprise commerciale n'a pas sa place pour faire fonctionner des établisssements hospitaliers ou des établissements de bien-être grâce à des subventions directes ou indirectes de l'Etat**.[7] Dorénavant, les établissements prives à but lucratif pourraient continuer a exister, mais à deux conditions bien précises: d'une part, ils devraient avoir un permis et, d'autre part, ils ne pourraient plus miser sur «des subventions directes ou indirectes de l'Etat» (1970: 47).

1.2.2.2. Le secteur privé à but non lucratif

Par contre, l'analyse faite par la Commission, en reference au **secteur privé communautaire** dans le Volume VI , tout en etant diluee par plusieurs passages inutilement longs et sinueux, [8] finissait neanmoins par

---

[6] CASTONGUAY-NEPVEU, 1970 : 43-44. Précisons que le diagnostic sévere de la Commission sur les services du secteur prive commercial se situe en etroite continuite avec celui developpe par Jean-Marie MARTIN (1970: 71-73.

[7] CASTONGUAY-NEPVEU, 1970: 46-47. Les soulignes sont de nous.

[8] A l'encontre d'autres auteurs plus élogieux, dont Jules PERRON (1986: 178), nous considerons que les 850 pages du Volume VI du Rapport de la

aboutir a un diagnostic sévere. L'organisation des services sociaux prives a but non lucratif etait jugée inadequate, principalement en reference aux criteres de l'efficacité, de l'accessibilité et de l'imputabilité des services (CASTONGUAY-NEPVEU, 1972a: 115, 121-122; 1972b: 123-125, 145-150). Paradoxalement, cette organisation privée était même critiquee parce que trop bureaucratique: «l'appareil de distribution des services sociaux etait de type autoritaire, a administration verticale.» (1972a: 175). La contradiction entre le caractere privé de la structure juridique des etablissements, d'une part, et la nature massivement publique des sources de financement, d'autre part, était mise en relief de facon percutante (1972a: 122, 174; 1972b: 127, 299). Au niveau des recommandations, le Volume VI preconisait une audacieuse reforme qui, sans impliquer la disparition complete du secteur privé a but non lucratif appelait neanmoins une forte reduction de ce secteur à la faveur de l'institution d'un systeme public. Ce dernier devait constituer, en quelque sorte, l'épine dorsale du système. Citons à ce sujet les recommandations 1, 20, 21 et 22 du Volume VI:

> La Commission recommande:
> 1. QUE soit institue un systeme de services sociaux publics, dans le but d'aider les personnes, les groupes naturels et les communautes, et de promouvoir leur developpement.
> [...[
> 20. QUE le gouvernement reconnaisse la necessite d'un secteur prive de services sociaux.
> 21. QUE ce secteur privé des services sociaux soit completement independant de l'Etat dans son financement et dans la realisation de ses objectifs.
> 22. QUE le secteur prive des services sociaux se preoccupe principalement des besoins particuliers

---

Commission Castonguay-Nepveu sont, dans leur ensemble, inutilement longues, repetitives et lassantes. Elles y auraient gagne a etre condensees.

> qui decoulent des attitudes et des valeurs subjectives auxquels les services publics ne peuvent répondre de façon satisfaisante, des besoins nouveaux qui emergent constamment dans une societe en mutation, des besoins imprévus occasionnés par des situations d urgence et, enfin, des aspirations socio-culturelles qui ne peuvent pas, par definition, être enfermées dans un système. (1972b: 439, 441-442)

Les quatre propositions ci-haut citées résument plusieurs dizaines de pages souvent alambiquées et parfois ambigues. L'une des sources d ambiguite vient de ce que le secteur privé dont on parle n est jamais clairement identifié. Mais il nous semble bien, en tenant compte du contexte et du développement consacré spécifiquement au secteur prive a but lucratif dans le Tome II du Volume VII, que nous pouvons interpreter les pages consacrées au secteur privé dans le Volume VI comme des pages ayant trait au secteur privé à but non lucratif. Une autre source possible d ambiguite provient des zones grises laissees a decouvert par cette distinction plus impressionnante qu utile entre des services sociaux qui auraient trait a des «besoins particuliers» --lesquels pourraient exister mais a condition de ne pas relever du secteur public ni du financement public et ces autres services, ayant trait a des besoins plus universels, qui releveraient, eux, du secteur public.

Notre interpretation de la position de la Commission Castonguay-Nepveu, en rapport avec les services sociaux relevant du secteur prive a but non lucratif, est la suivante. La Commission voulait recommander l'etatisation du secteur prive volontaire mais sans pour autant legitimer et soutenir le transfert du secteur prive au secteur public de tous les services, programmes et organismes prives a but lucratif, dans la mesure ou elle

evaluait qu'une portion de ces composantes privees etaient moins pertinentes que d'autres.[9] Ainsi, pour se premunir du danger de placer le gouvernement de l'époque dans une position où il serait obligé d'absorber la totalité du secteur privé à but lucratif, la Commission juge necessaire d'affirmer clairement la légitimité et la pertinence de miser sur l'apport d'un secteur privé à but non lucratif en même temps qu'elle «propose essentiellement l'institution d'un système cohérent de services sociaux publics, qui s'adapte aux situations et aux besoins les plus généraux de la société actuelle» (1972b: 400.). De cette maniere, sans le dire de façon totalement claire, la Commission preconisait une reorganisation profonde des services sociaux dans laquelle le secteur public serait la composante principale tandis que le secteur privé de type volontaire serait la composante résiduelle «comme un complément ou un prolongement du système public». (1972b: 400).

---

[9] Voici un extrait significatif du Rapport à ce sujet: « (...)l'organisation d'un système de services sociaux publics entraine une remise en question fondamentale des organismes de services sociaux prives. Certains de ceux que nous connaissons actuellement doivent être integres au secteur public. D'autres, certainement, doivent disparaître, parce qu'ils sont devenus dysfonctionnels dans la société actuelle..» CASTONGUAY-NEPVEU,1972a: 249.

1.2.3. Quelques autres éléments d'évaluation provenant de témoins de l'époque

Les entrevues que nous avons faites avec des temoins des services sociaux prives de l'epoque nous permettent de completer, de nuancer et, surtout, de mettre en perspective concrete les pistes d evaluation degagees par les rapports du Comite Boucher et de la Commission Castonguay-Nepveu. Comme nous pouvons aisement le soupconner, au point de depart, la physionomie et la qualite des services pouvaient varier considerablement d'un domaine à l'autre, d'un organisme a l autre, d'une ville a l autre, d'une region à l'autre. Consequemment, l'evaluation faite par les temoins de l'epoque peut aussi varier considerablement selon le point d ancrage singulier de ces mêmes temoins. Quant a nous, nous souscrivons a une evaluation plutot severe de l'ensemble des services sociaux et, ce faisant, nous faisons nôtres plusieurs elements des bilans degages par les rapports Boucher et Castonguay-Nepveu. A nos yeux, les services sociaux prives de l'epoque souffraient de graves lacunes et ces lacunes constituaient la note dominante du tableau.

Cela ne veut pas dire que certains services, dans certains secteurs et certains lieux, ne pouvaient pas constituer des exceptions fort impressionnantes. Reconnaissons-le de bonne grace et clairement, l organisation privee des services sociaux, avant la reforme, permettait, dans certains lieux d'intervention sociale, de faire des choses fort originales et interessantes. C'etait le cas par exemple dans certains points de services d'agences sociales diocesaines, dans quelques agences sociales de quartier de la region montrealaise et dans certaines agences specialisees ou on pouvait retrouver, entre autres, une proximite entre les professionnels-elles et les

familles du quartier, une solidarite entre l'agence et des organismes communautaires du milieu, une absence d'ecart entre la direction de l'agence et les employés-es, une marge de manoeuvre professionnelle enviable pour les intervenants-es, etc. (Cf. les entrevues avec G. Ampleman, R. Vinet, L. Gaul). Voici le témoignagne d'une intervenante sociale de l'agence Centre-Sud l'époque:

> Les services que nous autres on rendait, c'était des services où il y avait beaucoup de chaleur. On partageait quasiment le quotidien du monde. On etait quasiment des missionnaires. Moi, je restais dans Centre-Sud, je connaissais les gens.
> [...] Les initiatives etaient beaucoup encouragees; tu avais de l'autonomie dans ton travail. [...] Moi, j'ai pu aller passer une semaine en camp familial avec des personnes âgées. Aujourd'hui, je ne pense même plus à faire des affaires comme celles-la. (Entrevue avec L. Gaul).

-Ce n'est pas sans une certaine nostalgie par exemple que Rachel Vinet, directrice de l'Agence de services social Centre-Sud, de 1967 a 1973, raconte comment, à l'epoque, l'organisme qu'elle dirigeait avait engage cinq (5) organisateurs-trices communautaires, et souligne son implication dans une manifestation pour defendre les droits des assistes sociaux ainsi que dans la mise sur pied de la Maison du quartier, de la clinique juridique, de la garderie la Souritheque, du comptoir alimentaire, etc. (cf. entrevue avec R. Vinet).

- C'est aussi avec une fierte a peine contenue qu'un Louis-Paul Thauvette, praticien social dans l'agence de services sociaux de Valleyfield, de 1967 a 1972, nous a rappele comment les intervenants-es de l'epoque, en depit de leur maigres salaires, manifestaient un engagement professionnel tres grand, ne comptaient pas leurs heures et avaient a coeur les interets de

leur clientèle, comme si leur travail s'apparentait à une véritable «vocation» (cf. entrevue avec L.-P. Thauvette).

-Pour plusieurs travailleurs sociaux et travailleuses sociales, la période d'avant la réforme, avec le recul du temps, est associée à certains avantages tels que: une plus grande latitude pour aller dans les familles à problèmes multiples sans être trop encombré par des contraintes bureaucratiques: «On s'occupait de familles très pauvres, détériorées, et on faisait un bout de chemin avec elles. Il y avait moins de papier et de réunions.» (Entrevue avec C. Leduc).

Mais ces souvenirs positifs ne peuvent pas nous faire oublier l'essentiel: le système de services sociaux privés de l'époque était dépassé et désuet à plus d'un titre. Si le Rapport Boucher et le Rapport Castonguay-Nepveu appelaient à grands cris l'intervention de l'Etat dans les services sociaux, c'était pour remédier à un certain nombre de problèmes devenus de plus en plus aigus et inacceptables au fil des ans. Rappelons-les brièvement.

a)La lacune principale du système, reconnue par la grande majorité de témoins de l'époque, tenait à **l'absence d'accessibilité et d'universalité** des services. Certes, comme nous l'avons vu, dans certains établissements et dans certains endroits, des services de qualité pouvaient être dispensés. Mais dans d'autres établissements et d'autres endroits, ces services pouvaient être de piètre qualité ou ne pas exister du tout. Qu'elles aient été à but lucratif ou à but non lucratif, **les ressources privées étaient très inégalement distribuées dans le territoire** de la province. Cela entraînait de graves problèmes d'équité et beaucoup d'arbitraire. Bien souvent, cela signifiait que des cas lourds de personnes âgées en attente d'hébergement ou de jeunes en attente de protection étaient laissés complètement à découvert sans que les

personnes concernées et leurs proches puissent avoir un recours pour obtenir de l'aide. Voici a ce sujet le témoignage d'une intervenante sociale de l'époque, Liliane Gaul:

> Quand on a commencé à donner des services aux personnes âgées, dans Centre-Sud, ça n'existait pratiquement pas ailleurs. Il y avait Centre-Sud et Lafontaine.
> [...[
> Il y avait beaoucoup de demandes. Tout etait mêlé: les robineux, les personnes âgées. Les délais d'attente etaient longs.
> [...]
> Les services [...] etaient lies a la competence individuelle, à l'engagement individuel, quasiment au patronage aussi, qu'on pouvait faire. Si tu connaissais quelqu'un à la ville de Montreal qui avait de l'influence sur la distribution des HLM, ca servait. [...] Il y avait beaucoup de competition pour avoir accès aux ressources. (Entrevue avec L. Gaul).

De son côté, Roger Prud'homme, qui etait directeur general de la Societe de service social aux familles, en 1970, juge sans complaisance les lacunes de l'epoque en rappelant qu'il n'y avait peu de dialogue entre les agences, que les clienteles trop lourdes étaient parfois mises de côté, que des populations specifiques comme les communautes culturelles etaient parfois exclues. Laissons lui la parole :

> Il y avait une population qui etait completement exclue, celle des communautes culturelles. Si une population n'était pas francophone et catholique, c'etait difficile. A partir de 1966-67, on a reçu des populations francophones non-catholiques. (Entrevue avec R. Prud'homme).

b)Les services sociaux prives de l'époque souffraient considérablement de **l'absence de planification**. Fruits d'initiatives

privees ou l'arbitraire cohabitait souvent avec la generosite, les etablissements et les programmations de services sociaux apparaissaient, se développaient et disparaissaient indépendemment de criteres et de normes relevant d'une instance de planification, de coordination et de decision qui aurait été capable de conférer de l'importance au moyen terme tout autant qu'au court terme. Les services sociaux revêtaient, d'un diocese a l'autre, d'une région à l'autre, d'une ville a l'autre, d'une annee a l'autre, une configuration fort differente dépendemment du succes plus ou moins grand des operations de lobbying pour obtenir des fonds, de l'envergure humaine des leaders sociaux, de la débrouillardise des professionnels-elles , de l'ambition et des penchants des élites locales.

c)**La participation des usagers-ères et des intervenants-es dans les organismes sociaux était en général très faible** sauf dans quelques endroits qui faisaient figure d'exception, comme certaines agences de quartier.

d) **Dans les établissements privés à but lucratif impliqués dans les services sociaux aux personnes âgées, aux jeunes et aux personnes handicapées, la préoccupation des propriétaires de maintenir des marges intéressantes de profits incitait ces derniers à faire des économies en coupant sur l'espace, sur les meubles, sur la nourriture, sur le nombre, la compétence et les salaires des employés** , etc. Avec le systeme des ***per diem*** qui pouvaient varier entre 4$ et 6$ pendant les années 1960 selon le type d'établissement et l'annee, la recherche de la rentabilite financière s'apparentait souvent a une incitation subtile à favoriser l'entassement des clienteles. A cet egard, il faut indiquer que le jugement fort severe du Rapport Castonguay-Nepveu concernant les etablissements privés à but lucratif (1970) renvoyait a un certain nombre de

situations scandaleuses qui avaient eté dénoncees par des syndiques-es et des professionnels-les (cf. l' entrevue avec Y. Lessard). Nous aurons l'occasion de revenir sur ces scandales qui n'avaient pas totalement disparu pendant les annees 1970.

2. Avec la réforme des années 1970: des services sociaux très publics

Comme dans la section anterieure, nous commencerons par rappeler de façon plutôt descriptive quelques donnees factuelles puis nous presenterons quelques elements d'evaluation.

2.1. Les faits saillants de la réforme

Pour saisir le deroulement et l'impact concrets de la reforme en privilegiant toujours la dimension qui nous interesse plus particulierement, soit celle des rapports entre le secteur public et le secteur prive, il est utile de rappeler quelques elements d'information sur le chapitre 48, sur le moratoire concernant le developpement du secteur privé a but lucratif, sur le Rapport Batshaw et la Loi de la protection de la jeunesse, sur les etatisations d'etablissements et sur le developpement concret du secteur public au cours des annees 1970.

2.1.1. Le Chapitre 48 ou le coup d'envoi de la réforme

Sans etre calquee parfaitement sur le modele preconisee par la Commission Castonguay-Nepveu, la **réforme** des services sociaux et sanitaires mise en oeuvre au cours des annees 1970 s'en inspira

substantiellement, du moins pour ce qui concerne les points qui nous interessent dans ce chapitre. Le coup d'envoi de cette réforme fut donne par l'adoption, en décembre 1971, de la **Loi sur les services de santé et les services sociaux** --souvent appelée chapitre 48 ou loi 65-- (QUEBEC, 1971; 1984). Cette législation constituait «la grande charte» d'une reorganisation des services socio-sanitaires qui appelait un audacieux processus de déprivatisation et d'étatisation. Les cinq types d'etablissements appeles a devenir les principales composantes du nouveau systeme etaient tous publics . Il y avait les Conseils régionnaux de services de sante et de services sociaux (CRSSS), les Centres hospitaliers (CH), les Centres de services sociaux (CSS), les Centres d'accueil (CA) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Parmi ces cinq types d'etablissements, deux etaient totalement nouveaux (les CRSSS et les CLSC) et trois etaient issus de transformations d'institutions anciennes (les CH, les CSS et les CA).

En misant sur ces cinq types d'etablissements publics, la reforme signifiait un fort mouvement d'etatisation. Mais cela ne voulait pas dire que tout devenait public.

A ce niveau, la législation de decembre 1971 qui devait être modifiee à plusieurs reprises par la suite, etait plus moderee que les recommandations du Rapport Castonguay-Nepveu, notamment en ce qui concerne la place des services distribues par le secteur prive commercial. En effet, la legislation tolérait l'existence de deux types d'etablissements prives a but lucratif en faisant de la place explicitement, a l'interieur du systeme public, a un type d'etablissement appele «**établissement privé conventionné**» (art. 1, c, 176, 177, 177.1)[10] qui pourrait recevoir des

[10] Rappelons que nous referons ici aux articles du chapitre 48 tels qu'on les retrouve dans la mise a jour faite en 1984 (QUEBEC, 1984).

subsides publics et,. implicitement, --via les dispositions concernant les permis (cf. art. 136-148.)--, à un autre type d'établissement prive qui sera appelé par la suite «**privé autofinancé**». A la différence des établissements privés conventionnés, les privés autofinancés devaient s autofinancer totalement à partir des contributions des bénéficiaires et ne pouvaient aucunement compter sur les subsides de l'Etat. Du même coup, ils devaient privilegier les cas de personnes non autonomes mais "moins lourds", puisque les "cas lourds" impliquaient plus de soins et de coûts que ne pouvaient en assumer la majorite des bénéficiaires ayant une certaine capacité de payer, c'est-a-dire, dans la plupart des cas, des personnes âgees.

Ces dispositions concernant les établissements privés à but lucratif signifiaient que la réforme entrevue à partir du chapitre 48 . tout en favorisant l'impulsion d'un vigoureux secteur public relevant directement de l'Etat, laisserait une place certaine au secteur privé à but lucratif a condition cependant que ce secteur respecte certaines règles. Dans une importante conférence qu'il prononçait, le 19 novembre 1971, soit quelques semaines avant la promulgation du chapitre 48, Monsieur Claude Forget, alors Sous-ministre adjoint au MAS, s'etait même employe à rassurer les membres de l'Association des directeurs d'etablissements prives (ADEP) en leur disant qu'ils auraient encore un rôle a jouer après la réforme. Monsieur Forget avait amorce son allocution en s'ajustant aux préoccupations des membres de l'ADEP:

> La nouvelle équipe dirigeante du ministere des Affaires sociales, tirant en partie son origine et. naturellement son inspiration du rapport de la Commission d'Enquete sur la Sante et le Bien-etre social a produit non seulement une vague de fermeture [sic] d'établissements dont quelques-uns étaient membres de votre association. mais aussi l'esquisse d'un projet de loi ou certains d'entre

> vous ont cru voir une menace directe a la survie des établissements privés. (FORGET, 1971: 1).

Par la suite, apres s'être employé à expliquer les nouvelles balises auxquelles auraient à se conformer les entrepreneurs prives, dont la reconnaissance que «la notion de vente de services a l'Etat doit remplacer la notion de remboursement des depenses» (1971: 5), le Sous-ministre adjoint concluait en évoquant la légitimité d'un «régime mixte»:

> Le domaine des affaires sociales doit eviter le monolithisme. Les idées et les aspirations sociales sont en perpétuelle évolution, et il importe que ces idées nouvelles puissent trouver un canal d'expression, sans nécessiter un bouleversement complet des structures officielles parfois sclérosées et toujours difficiles à modifier. D'ailleurs, pour des raisons peut-être valables, a certains points de vue, les services des etablissements officiels et publics pourraient subir une deterioration ou cesser de répondre aux priorités ressenties par la population: un secteur privé peut en ces moments agir comme indicateur de la satisfaction ou de l'insatisfaction relative du public envers ces sources; c'est la un bareme toujours utile. D'ailleurs, l'uniformite n'est a aucun moment une vertu et la plasticite d'un regime mixte public et prive d'etablissements sociaux permet de preserver pour certains segments de la population l'accessibilite a des normes différentes et supérieures. (1971: 8-9).

Encore une fois, ces paroles visaient à rassurer un groupe qui, a l'epoque se trouvait particulierement inquiet. En se faisant dire que leurs établissements privés pourraient continuer a exister dans un «regime mixte public et prive» et pourraient même jouer le rôle de «bareme», les membres de l'ADEP avaient le loisir de comprendre un double message: d'une part, ils n'etaient pas condamnés a disparaître; mais d'autre part, dans le «regime mixte», la composante principale serait publique et non pas privee.

2.1.2. Le moratoire concernant le privé à but lucratif

Plusieurs témoins de la réforme des années 1970, dans les entrevues que nous avons faites, ont fait référence, de façon explicite ou implicite, a un moratoire concernant le développement des établissements privés à but lucratif pendant les annees 1970. Ce moratoire eut effectivement lieu, même s'il ne fit pas l'objet d'un texte de loi ou d'un livre blanc susceptibles de lui conférer une existence a caractère officiel.

Un haut fonctionnaire qui pendant ces années travailla a Québec dans l'entourage de plusieurs ministres des affaires sociales a fait le point pour nous de la façon suivante:

> Sous Claude Castonguay, de 1970 a 1973, il y eut une décision politique claire et précise: il ne devait plus y avoir de nouveaux permis d'accordés aux etablissements privés conventionnés. Cette decision a été reconfirmée par Claude Forget, de 1973 a 1976, puis, par Denis Lazure, de 1976 à 1981.
>
> Il est vrai que Forget avait été plus hésitant a ce sujet. [...].Mais sous Lazure, c'était très clair. (Entrevue avec R. Dufour).

Effectivement, sous le regne de Denis Lazure au MAS, la politique du moratoire fut appliquée avec une fermete et une extension accrues. Pour ce dernier, la question du moratoire avait constitué un thème important pendant la campagne électorale de 1976 sur la Rive-Sud de Montréal ou les

scandales des établissements ANBAR faisaient les manchettes encore à l'époque.[11]

2.1.3. Le Rapport Batshaw et la Loi sur la protection de la jeunesse

Avant d'examiner le déroulement concret de l'étatisation au cours des années 1970, il importe d'ajouter une précision concernant le cadre légal qui détermina la réforme des services socio-sanitaires. Même si la Loi sur les services de santé et les services sociaux constituait la loi cadre générale, elle ne représente pas la seule disposition légale qu'il faut prendre en compte. Il importe d'ajouter que, dans le domaine spécifique de l'organisation des services sociaux aux jeunes, la **Loi de la protection de la jeunesse**, promulgée en 1977 et mise en application à partir de la fin de l'année 1978, devait s'avérer une pièce de législation fort importante.

Au fait, au cours de la première partie des années 1970, les services sociaux aux jeunes étaient demeurés le parent pauvre de la réforme. Pendant que les CSS étaient absorbés dans la réorganisation administrative et que les premiers CLSC étaient mis sur pied, les Centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés sociaux ou handicapés intellectuels ne semblaient pas être une priorité du MAS. Comme devaient le révéler

---

[11] Dans la deuxième entrevue qu'il nous a confiée, soit le 12 mars 1987, Monsieur Denis Lazure nous a expliqué comment il avait obtenu l'appui du Premier Ministre René Lévesque sur cette question: à l'automne 1976, René Lévesque, Pierre Marois et Denis Lazure étaient tous les trois candidats dans des comtés situés sur la Rive-Sud de Montréal . Or, il y avait des établissements de la compagnie ANBAR sur la Rive-sud et beaucoup de monde en parlaient comme d'un enjeu important et concret. Tout cela avait contribué à sensibiliser le futur Premier ministre aux enjeux de la nationalisation.

certaines emeutes en 1974-1975 et le Rapport BATSHAW (1975), les strategies d'intervention sociale aupres des jeunes demeuraient tout a fait artisanales. En 1975, les Centres d'accueil de readaptation (CAR), mises a part quelques exceptions dont Boscoville, s'apparentaient encore a des prisons dans lesquelles predominaient les approches punitives. Les educateurs-trices etaient trop peu nombreux-ses, sous payés-es et insuffisamment formes-es au plan professionnel . Voici comment un travailleur du Centre Berthelet -- i.e. du futur CAR Cite des Prairies-- depuis 1973 nous a decrit la situation qui regnait dans cet etablissement a l'epoque:

> Nous autres, chez-nous, on était une prison en pratique. Il n'y avait aucun psychiatre rattache a l'etablissement, aucun psychologue. On n'avait aucun professionnel rattache l'institution. L'institution n'avait aucun contrat de service avec qui que ce soit. Il n'y avait pas de professeurs, il n'y avait rien!
> [...]
> Quand je suis arrive a Berthelet, on etait quatre a avoir un DEC en éducation specialisee. Les autres n'avaient rien. Ce qu'on te demandait de faire, c'etait de contrôler ton groupe, c'etait de la "job de bras". Il fallait que le gars fasse son trois mois, puis qu'il ne s'evade pas, autant que possible. On etait deux éducateurs pour treize jeunes.
> Berthelet, c'etait surcharge à cette époque-la. Il y avait 250 places et elles etaient pleines. Ca arrivait souvent qu'il y avait un jeune dans le corridor avec ses bagages [...]
> Alors, en 1974, [...] nous autres on a declenche toute une serie de revendications, puis les jeunes ont fait une petition au MAS que nous autres, le syndicat, on a rendue publique. (Entrevue avec P.-P. Roy).

C'est en plein dans ce contexte qu'arriverent les recommandations du Rapport Batshaw en faveur d'un nouveau concept de centre d'accueil de readaptation marqué par la formule des petites unites residentielles

constituées sur le modèle du milieu de vie naturel, de la responsabilisation des jeunes, de la valorisation de la formation professionnelle des intervenants, de la prise en compte de la dimension réadaptation, de la déjudiciarisation de l'intervention des travailleurs sociaux et des éducateurs et de la contribution de l'approche communautaire (voir BATSHAW, 1975; LEBLANC, 1983 et 1985; FOUCAULT, 1984).

Pour être mises en application, la majorité des propositions du Rapport Batshaw ne demandaient pas de nouvelle législation. Pour réformer tout le volet des services sociaux de type plus institutionnels aux jeunes et transformer les CAR, il suffisait que les gouvernements et les gestionnaires déploient une certaine volonté politique en s'appuyant sur les dispositions du chapitre 48. Mais il y avait un volet qui appelait une nouvelle législation. Ce volet avait trait au travail qui devait s'intercaler entre, d'une part, le milieu de vie naturel du jeune en difficulté et, d'autre part, les organismes communautaires, les familles d'accueil, les CAR, etc. C'est dans ces interstices que se situaient entre autres les interventions des CSS et de divers praticiens -- travailleurs-ses sociaux-les, criminologues, juges, policiers-- dans le but de placer ou de protéger les jeunes. C'est précisément dans ce contexte que la **Loi de la protection de la jeunesse** devait apporter sa contribution à la réforme en confiant un mandat clair aux CSS et aux intervenants-concernés-es afin qu'ils,elles s'occupent des jeunes ayant besoin de protection et, éventuellement, de placement suite à un signalement ou un délit.

Il ne nous appartient pas de présenter une longue explication des caractéristiques de la Loi de la protection de la jeunesse dans le cadre de ce chapitre mais plutôt de mettre en relief que cette législation, dans le cadre de la réforme, entraînait une **étatisation de l'intervention sociale** et,

consequemment, un encadrement serre et une dequalification des intervenants-es (RENAUD, 1978). Cette etatisation de l'intervention se situait dans le prolongement de l'etatisation des etablissements generé par le chapitre 48.

En somme, le Rapport Batshaw et la Loi de la protection de la jeunesse eurent davantage d'impact sur la reforme de l'organisation des services sociaux à la jeunesse que la loi cadre de 1971.

2.1.4. L'étatisation des établissements privés

A partir des developpements precedents sur le chapitre 48, le moratoire et la Loi de la protection de la jeunesse, il est aise de comprendre comment **la réforme des services de santé et des services sociaux, comprise comme un processus concret de déprivatisation, soit le passage du secteur privé --à but lucratif ou non lucratif-- au secteur public d'un grand nombre d' établissements de santé et de bien-être, est loin de s'être réalisée tout d'un coup dans tous les secteurs.**

Sur cette question des etatisations, nous avons eu l'occasion de faire une entrevue minutieuse avec un haut fonctionnaire qui, au cours des annees 1960 et 1970 fut implique sur la premiere ligne dans les demarches, menees par le ministere de la Sante d'abord et par le ministere des Affaires sociales ensuite, dans le but de racheter des etablissements du secteur prive pour qu'ils deviennent des etablissements publics. (Cf. entrevue avec R. Dufour).

Cette entrevue nous a permis de mieux comprendre comment il y a eu, au cours des années 1960 et 1970, **trois vagues successives d' étatisations:**

1)D'abord, même si notre propos porte surtout sur les services sociaux, il n'est pas inutile de rappeler qu'une **première vague d'étatisation concernant les hôpitaux à but non lucratif possédés le plus souvent par des communautés religieuses** avait eu lieu pendant les années 1960, soit avant même l'adoption du chapitre 48. Ces etatisations avaient eté faites en vertu de la **Loi des hôpitaux** de 1962.[12] Ces etatisations s'etaient faites sans heurts:

> Ca s'est bien fait, sans heurts. Le gouvernement ne mettait pas beaucoup d'argent parce que ces etablissements avaient ete payes par le gouvernement via les subventions discretionnaires sauf dans les hopitaux anglophones ou il y avait souvent des fondations. Dans les hopitaux detenus par des communautes religieuses, on ne payait pas pour les bâtisses. On achetait en payant le salaire qu'auraient gagné les religieuses si elles avaient ete rémunerees au salaire des infirmieres. (Entrevue avec R. Dufour).

2) La **deuxième phase d'étatisation** eut lieu a partir de 1972, soit apres l adoption du chapitre 48. Cette phase concernait principalement les organismes prives de bien-etre appartenant au secteur non lucratif dans le domaine des services aux personnes agees et aux familles. Nous faisons reference ici a l'etatisation d agences de service social et de centres d accueil d hebergement (CAH) des personnes agees. Sans rencontrer de difficultes majeures, ces etatisations rencontrerent un peu plus de resistances que les precedentes. Citons encore Richard Dufour au sujet des CAH:

---

[12] Statuts du Quebec, 1962, chap. 44.

> C'était souvent les mêmes communautés [que dans les hôpitaux], dont les Soeurs Grises, qui étaient là. Elles avaient voulu garder une main-mise dans ce secteur qui avait été moins subventionné que les hôpitaux. Les religieuses avaient plus de sens de l'appartenance vis-à-vis les centres d'accueil que vis-à-vis les hôpitaux..Le désintéressement [i.e. les étatisatisations] se faisait autrement. On payait pour les salaires, mais moins cher que dans les hôpitaux. On payait aussi pour certains investissements faits depuis 1960. Tant que le gouvernement avait de l'argent pour payer, il n'y avait pas de problème. (Entrevue avec R. Dufour).

3) Finalement, il y eut, à partir de 1976, **la troisième vague concernant les centres d'accueil de réadaptation** (CAR). Certes, dans ce secteur, certains établissements avaient été étatisés au cours des années antérieures. Mais comme la priorité avait été conférée jusque là à d'autres types d'établissements, il restait beaucoup à faire, notamment dans les CAR pour jeunes relevant du secteur privé à but lucratif. C'est dans le contexte précis de cette troisième vague d'étatisations que se situe, en 1977, les négociations menées par le gouvernement du PQ pour racheter les établissements du réseau ANBAR. Il importe de rappeler quelques faits à ce sujet puisque ce bout d'histoire comporte des leçons susceptibles d'enrichir notre réflexion contemporaine.

Le point d'étonnement avec les établissements ANBAR, ce n'est pas qu'ils aient été nationalisés, mais qu'ils aient été nationalisés si tard. Déjà, au début des années 1960, ces établissements étaient connus dans plusieurs milieux, y compris au ministère de la Famille et du Bien-être, pour la piètre qualité des services et pour les scandales qui y éclataient sporadiquement. Le témoignage d'H. Eugène Arsenault, qui travaillait déjà dans ce ministère à l'époque est éloquent ici:

> L'image qu'on en avait [d'Anbar], c'etait celle d'un depotoir pour handicapes mentaux avec de tres mauvais services. J'ai trempe dans des enquetes au debut des annees 1960. Le ministere, apres avoir recu des plaintes, nous envoyait faire des vérifications serieuses et profondes. On revenait avec des rapports en disant: "il faudrait fermer". Excepté que ça ne se fermait jamais pour des raisons qu'on ignore officiellement. Cela dura jusqu'a ce que la loi 48 arrive et qu'on fasse le menage dans ce domaine là. (Entrevue avec E. Arsenault).

Ce que ce fonctionnaire nous disait, avec une grande delicatesse, c'etait que quelques fonctionnaires, au cours des annees 1960 et 1970, etaient de meche avec Anbar. En dépit des plaintes, des enquêtes accablantes et des recommandations de fermeture qui revenaient constamment, les etablissements demeuraient ouverts. Cette situation se prolongea jusqu'a l'arrivée du PQ au pouvoir. Avec Denis Lazure a la tête du ministere des Affaires sociales à partir de l'automne 1976, une certaine inquiétude se developpa dans le reseau prive des etablissements pour la readaptation de jeunes deficients mentaux contrôles par l'Institut ANBAR.[13]

Encore en 1977, les conditions de travail et de vie qui prevalaient dans les etablissements Anbar etaient incroyables et cela au dire des travailleurs de ces etablissements tout autant que des haut fonctionnaires qui les visiterent à l'epoque. Robert Beauregard, qui travaillait en 1977 dans

---

[13] Les pratiques peu professionnelles qu'on retrouvait dans les institutions qui appartenaient au réseau ANBAR avaient souvent fait l'objet des manchettes au cours des annees anterieures. Nous interpretons que le Rapport Castonguay-Nepveu parle du reseau ANBAR lorsqu'il fait reference a une entreprise privee a but lucratif disposant de 8 etablissements et de 1 156 lits ce qui representait 38.7 % des places pour «deficients mentaux gardables, entrainables et educables et 44.4% des lits des lits des etablissements a but lucratif pour ces mêmes categories.» (1970: 39.)

une institution du reseau Anbar qui devait devenir par la suite le CAR Anne le Seigneur, sur la Rive-Sud de Montreal, nous a parle de l absence de veritables services de readaptation, de la penurie des educateurs (un pour treize beneficiaires), du manque de materiel de base (tables, chaises) qui obligeait les jeunes beneficiaires a s'asseoir par terre, de la qualite douteuse de la nourriture, de l'absence de services professionnels et du recours massif a la chimiotherapie et a la medicalisation. (cf. entrevue avec R. Beauregard). Richard Dufour qui avait eu le mandat d'acheter tous les etablissements Anbar et qui les avait tous visites en 1977 avait ete frappe entre autres par l'abondance des lits et leur grande proximite les uns des autres:

> La distance entre les lits était la même que celle qu'on trouvait dans les chantiers de bücherons: 18 pouces. Donc les enfants etaient cordes dans des grands dortoirs avec aucune intimite et pas de meuble. [...] Ce que j ai constate, c est que les enfants etaient cordes et, dans mon vocabulaire, ca n'avait pas de C. de bon sens! A Montreal, pres du boulevard Gouin, il y avait une ancienne residence de riche qu'Anbar avait achetee et transformee en etablissement. Il y avait des lits partout, partout, partout. Il y avait aussi une piscine qu on s empressait de nous montrer quand on visitait. Mais c etait pas pour les beneficiaires.
> [...]
> Et on voulait nous vendre ca a des prix de fous. (Entrevue avec R. Dufour).

De fait les etablissements ANBAR furent achetes, en 1977, pour une somme d'un peu plus de 5 millions $. (Cf. entrevues avec R. Dufour et D. Lazure).

2.1.5. Le développement du secteur public

Ainsi, la mise en route de la reforme des services sociaux autant que de santé, principalement au cours des annees 1970, devait entrainer au Quebec, une **augmentation considérable du rôle de l'Etat**. Au fil des annees 1970, une organisation des services sociaux qui, hier encore, s'appuyait si massivement sur le secteur privé de type commercial ou volontaire, devint tres rapidement un type d'organisation dans laquelle le secteur public constituait nettement la composante principale. Cela contribuait à reléguer les organismes et les services prives d un type ou d un autre a un rôle complémentaire, voire residuel. Dans le domaine de l'hebergement des personnes âgees, par exemple, pour prendre un secteur fort convoite par les entrepreneurs prives , les centres d accueils d'hebérgement (CAH) publics disposaient, en 1976-1977, de 13 392 places, soit 79,5% des places, et les CAH privés conventionnes disposaient de 3 459 places, soit 20.5% des places(MAS, 1979: 16.)[14] Certes, si nous additionnions les places disponibles en CAH prives autofinances a celles comptabilisees dans les CAH prives conventionnes et si nous considerions les places en famille d'accueil comme relevant du secteur prive commercial, nous arriverions a un plus grand nombre de places relevant du secteur prive de type commercial. Mais même la, nous constaterions que les places du secteur public demeureraient majoritaires par rapport a celles du secteur prive (Cf. chapitre 5).

En somme, le mouvement d'emancipation du role de l'Etat dans les services sociaux se prolongea jusqu'a la fin des annees 1970, voire jusqu au debut des annees 1980, dans le domaine plus specifique de l hebergement

---

[14] La source utilisee (MAS, 1979) ne donne pas de chiffres precis sur le nombre de places en CAH prives autofinances.

des personnes âgées. Le gouvernement du PQ, suite à son élection en novembre 1976 et pendant toute la durée de son premier mandat, continua avec détermination, à ce chapitre, la réforme amorcée sous le gouvernement libéral antérieur.

Les avancées de l'étatisation dans le domaine des services sociaux se poursuivirent étonnamment jusqu'au début des années 1980 . Quelques chiffres concernant l'évolution des effectifs du personnel syndicable dans divers types d'établissements du réseau des affaires sociales, de 1978-1979 à 1982-1983, sont tout à fait significatifs à cet égard. Ils le sont d'autant plus que les cinq années auxquelles nous faisons référence furent marquées par le début des compressions budgétaires qui sévirent au Québec, tout comme dans la majorité des provinces canadiennes, et qui ne devaient pas épargner les services sociaux publics.

Or, au Québec, ces compressions se firent sentir plus tardivement dans les services sociaux que dans les services de santé. En effet, dans les hôpitaux, les budgets commencèrent à être comprimés et les postes à être coupés dès l'année budgétaire 1977-1978, tandis qu'il fallut attendre l'année 1979-1980 et, surtout, l'année des coupures drastiques de 1981-1982, pour assister à l'introduction de compressions virulentes dans plusieurs organismes de distribution des services sociaux.[15] Pendant la période des cinq années considérées, soit de 1978 à 1982, le personnel syndicable:

a) diminua de 6 516, soit de 6.5% dans l'ensemble des centres hospitaliers publics (CH de soins de longue durée, CH de soins de courte durée et CH psychiatriques); cette diminution témoigne l'arrivée des compressions budgétaires dans les hôpitaux dès 1977; (MAS, 1985b: 20-21.)

---

[15] Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur les compressions budgétaires de 1981-1982.

b) diminua de 204, soit de 6.8%, dans les centres hospitaliers prives conventionnés; (MAS, 1985b: 20-21.)

c) augmenta de 2374, soit de 105.5 dans les CLSC; cette augmentation considérable renvoie à l'apparition de quelques dizaines de nouveaux CLSC et à certaines opérations de transferts de ressources entrainant une augmentation de personnel en CLSC;(MAS, 1985b: 24).

d) diminua de 199, soit de 4,5 % dans les CSS; cette diminution renvoie aux compressions budgetaires de 1981-82 qui furent particulierement senties dans les CSS; (MAS, 1985b: 24)

e) augmenta de 1 409, soit de 6.5% dans les centres d'accueil (CA) publics d'hebergement et de readaptation; au tournant des annees 1970 et 1980, pendant que le moratoire perdurait, de nouveaux centres d'accueil publics etaient encore construits ce qui amenait des augmentations des places publiques d'hebergement et une augmentation des employes publics dans ce secteur;(MAS, 1985b: 25).

f) diminua de 1 026, soit de 33.9%, dans les CA prives conventiones; nous avons ici l'envers de la medaille presentee dans le point precedent.(MAS, 1985b: 25).

Les statistiques que nous venons de rapporter attirent l'attention sur un phénomène significatif: **encore au début des années 1980, les CA publics continuaient de croître comparativement aux CA privés** Cette observation est renforcee par l'examen d'autres chiffres touchant l'evolution du nombre des CA publics et privés conventionnes a la même période. En effet, le nombre de l'ensemble des CA, publics et prives, augmente de 10.4 % a l'epoque, en passant de 413 a 456; si nous ventillons ces chiffres pour être en mesure de comparer l'evolution du secteur public a celle du secteur prive, nous constatons que le nombre des CA publics

augmente de 21% en passant de 319 a 386 tandis que le nombre des CA prives conventionnes baisse de 25.5% en passant de 94 a 70.(MAS, 1985b. 29).

Donc, au debut des annees 1980 tout comme pendant les annees 1970, **le secteur privé de type commercial, dans le domaine des services sociaux, se trouvait en perte de vitesse**. En raison de l heritage legue par le passe, il avait mauvaise presse et se trouvait confine a la defensive. Comme nous l'avons vu, à cette époque où il y avait moratoire, le MAS, en particulier à l'epoque ou Denis Lazure dirigeait le ministere, semblait plutôt mefiant vis-à-vis le secteur prive à but lucratif. Les etablissements de ce secteur etaient toleres plutôt que soutenus. Les proprietaires de centres d'accueil prives semblent avoir été traumatises a l'époque et ils ont garde de ces évenements un souvenir plutôt penible. Ils se sentaient menaces et ils avaient l'impression que le developpement du secteur public se faisait contre eux. C'est ce qui se dégage de la relecture de l'histoire des annees 1970 qu'on retrouve dans certains mémoires presentes au printemps 1986 a la Commission Rochon par des associations d'établissements prives a but lucratif telles l'ACHAP (Association des centres hospitaliers et d'accueil prives) et l'ACAPA (Association des centres d'accueil prives autofinances). Ce dernier organisme, dans son mémoire, considere que les etablissements prives a but lucratif furent tout simplement boycottes pendant les annees 1970. (ACAPA, 1986).

Par contre, les **organismes privés à but non lucratif**, en dépit de la periode de relative disgrâce qu'ils traversaient , demeuraient importants a l'époque. D'une part, le reseau plus traditionnel des groupes d'entraide et des groupes communautaires hérités des décennies anterieures traversaient une periode peu reluisante et valorisante de leur histoire, mais ils n'avaient

pas pour autant disparu. D'autre part, une pleiade de nouveaux groupes benevoles et communautaires, apparus dans la foulee des comites de citoyens des annees 1960, continuaient a se developper, par exemple dans le domaine de la defense de droits des personnes agees, des assistes sociaux, des chômeurs, des personnes sur le salaire minimum, du logement. Ces organismes, appeles frequemment groupes populaires, se situaient dans une mouvance progressiste. A la difference de leurs concurrents plus traditionnels, ils devaient souvent se chamailler avec l'Etat pour obtenir et sauvegarder des marges de manoeuvre etroites et des bases de financement precaires.

Toutefois, même si les organismes prives du secteur volontaire etaient nombreux et actifs dans le champ des services sociaux, pendant les annees 1970, ils avaient de la difficulte à se faire reconnaitre et a survivre financierement, dans un contexte historique ou le reseau des organismes publics accaparait le gros des feux de la rampe. Il est significatif de rappeler que pendant ces annees caracterisees par l'etatisation des services sociaux, des organismes comme la Federation des oeuvres de charite canadienne-francaise, qui prit le nom de Centraide Montreal en 1974 , durent passer a travers une crise d'identite et eprouvaient de la difficulte a lever des fonds dans le grand public en general, pour financer des groupes du secteur prive de type volontaire.[15]

---

[15] Voir la table ronde sur le benevolat et, particulierement, les propos de Michel Giroux dans PILON ,1980: 20-32, et la relecture des rapports public/prive faite dans CENTRAIDE MONTREAL(1986: 6-14).

2.2. Quelques éléments d'évaluation

Il ne nous appartient pas, dans le cadre de ce chapitre et de ce rapport, de faire une évaluation exhaustive de la réforme. Mais il nous incombe de dégager quelques éléments d'évaluation concernant en particulier l'évolution du rôle de l'Etat dont nous devons tenir compte pour faire le point sur les processus contemporains de privatisation. Et dans cette perspective, il nous semble important de mettre l accent sur les points suivants:

1) Au niveau de **l'accessibilité et de l'universalité des services sociaux,** la réalisation de la réforme, du moins pendant les années 1970, a permis des améliorations incontestables. Sur ce point, nous avons retrouvé un consensus assez large chez la quasi totalité des personnes interviewées. Bien sûr, nous pouvons préciser que l'accessibilité et l'universalité dont il est question ici renvoient à l'accessibilité et à l'universalité des services sociaux **offerts** et non pas à celles de tous les services sociaux.[17] Mais il n'en demeure pas moins que, depuis la réforme, l'une des principales lacunes qui existait avant la réforme a été en grande partie éliminée: les services sociaux

---

[17] A la différence des grandes législations fédérales cadres qui régissent le financement et la couverture des services de santé dans chaque province -- soit les lois fédérales de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé--, la loi fédérale cadre qui détermine pour une large part le financement et la couverture des services sociaux provinciaux publics, soit la Loi d'assistance publique du Canada (CANADA, 1966-67), favorise **une stratégie sélective plutôt qu'universelle,** en autorisant une contribution fédérale de 50¢ pour chaque dollar dépensé dans les services sociaux reçus par des personnes dans le besoin [financier] ou susceptibles d'être dans le besoin. (Entrevue avec J.-B. Daudelin).

disponibles dans une region administrative sont egalement disponibles, ***grosso modo*** dans les autres regions administratives

La Loi de la protection de la jeunesse peut, certes, representer une composante limitee à l'interieur d'une strategie globale de services sociaux à la jeunesse. Cependant, elle comporte un avantage: elle oblige les CSS, dans toutes les régions du Quebec, à intervenir par rapport aux cas de jeunes en difficultes soit parce qu'ils,elles ont besoin de protection , soit parce qu'ils,elles sont delinquants-es. Il faut le reconnaitre, la LPJ a eu au moins un merite: elle a permis, dans le domaine de la protection de la jeunesse, que les mêmes mandats soient confies dans toutes les regions du Quebec aux travailleurs sociaux pour les obliger de s'occuper des jeunes en difficulte. En ce sens, la LPJ a contribue a obvier a l'arbitraire qui predominait si souvent dans les services sociaux avant la reforme.

2) La reforme a amene une **étatisation à outrance**. Voila un autre element d'evaluation partage par une grande majorite des personnes interviewees. Nous n'eprouvons aucune difficulte a le faire notre en autant que nous sommes d'accord pour demeurer vigilants-es par rapport à la tentation d'utiliser ce constat pour verser dans un anti-etatisme primaire qui sevit dans plusieurs milieux et conduit à l'oubli des lacunes qui etaient celles des services sociaux quebecois à l'epoque ou ils etaient si prives et ou l'Etat intervenait si peu. Si cette remarque est prise en consideration, nous n'hesitons pas à reconnaitre qu'il y a eu trop d'etatisme et, ajouterions-nous, pour bien saisir le point d'evalution qui suivra, qu'il y a **trop eu d'étatisme par en haut** pendant les annees 1970. Il fallait que l'Etat intervienne pour planifier, rationnaliser. Mais **il n'était pas nécessaire que l'Etat intervienne de cette manière** en nivelant si souvent les initiatives locales et regionales, en valorisant si peu les contributions des organismes

prives benevoles et communautaires et en ouvrant toutes grandes les portes aux deviations bureaucratiques. Comme le faisait remarquer un temoin des annees 1970, "les services sociaux sont passes de l'egide de l'Eglise a celle de l'Etat." (Entrevue avec J.-B. Robichaud).

3)Il y a un point central sur lequel la reforme n'a pas repondu aux profondes attentes et aux luttes vigoureuses qui l'avaient preparee et rendue possible pendant les annees 1950 et 1960: **la réforme n'a pas répondu à la profonde demande sociale de démocratisation des services et de participation de la population** qui existait il y a quinze ans et qui existe encore aujourd'hui. A cet egard, paradoxalement, les services sociaux largement prives d'hier et largement publics d'aujourd'hui ont un trait commun qui constitue une grave lacune: ils sont planifies, programmes, geres et evalues par en haut et non pas par en bas; ils demeurent controles par une petite elite de gestionnaires publics et parapublics qui, dans la foulee de leurs predecesseurs prives, pensent pouvoir se passer du point de vue et du pouvoir des intervenants et des usagers des services sociaux. A cet egard, la reforme n'a pas encore eu lieu. Voici un commentaire d'une travailleuse sociale qui a vecu la reforme de l'interieur du CSSMM:

> Depuis le CSS, le sentiment que j'ai eu, c'est que, non seulement les gens ne sont pas associes --c'est une structure bureaucratique qui fonctionne, les choses ne se rendent pas en haut et ne redescendent pas en bas, sinon pour des decisions ou des changements de structures--mais je dirais meme qu'il n'y avait pas de volonte qu'il y ait de la participation. [...]
> La participation dans les CSS n'est meme pas definie comme une realite possible. (Entrevue avec H. Caron-Gaulin).

Ajoutons un autre commentaire allant dans le meme sens. Il provient, cette

fois, de M. Pierre-Paul Roy, un éducateur qui travaille dans un CAR depuis une quinzaine d'années:

> Un gros échec de la loi 65, c'est que les technocrates ont complètement détourné le pouvoir des conseils d'administration à leur profit. C'est beaucoup plus maintenant les comités de régie interne et les comités de directeurs qui exercent le pouvoir.
> L'esprit de la loi 65 voulait donner du pouvoir aux conseils d'administration. Le débat, c'était de prévoir des espaces de démocratisation à l'intérieur des services sociaux et de santé. (Entrevue avec P.-P. Roy).

4) La réforme a favorisé un progrès social indéniable, à nos yeux, dans la société québécoise, en favorisant l'émergence d'organismes publics de distribution des services qui constituent en quelque sorte l'épine dorsale de l'organisation des services sociaux. A cet égard, **nous identifions comme un acquis que l'Etat ait mis au pas le secteur privé à but lucratif** en nationalisant un certain nombre d'établissements --tels les établissements Anbar--, en gelant, par l'intermédiaire du moratoire, le développement de nouveaux établissements privés à but lucratif et en soumettant les établissements privés qui perduraient à des réglementations plus sévères. Les représentants-es des organismes privés à but lucratif, tout en se plaignant de la lourdeur et de la multiplicité des normes gouvernementales ont néanmoins reconnu que l'action gouvernementale pour talonner les établissements à but lucratif avait permis des améliorations. Par exemple, Madame Rollande Sabourin de l'ACHAP nous a avoué:

> Quand tu dis, on se laissait dire qu'il y avait de mauvais services dans l'entreprise privée et puis que tout ça c'est vrai, [alors je réponds] : mais il n'y

> avait pas de public non plus à ce moment là si on parle des années 1960, chez les [établissements concernant les] enfants en tout cas , il n'y en avait pas. C'est vrai qu'il y avait des endroits ou il y avait des services de mauvaises qualite [...]. D'ailleurs ils sont disparus. Les meilleurs sont restes. (Entrevue avec les représentants-es de l'ACHAP).

Encore une fois, rappelons que notre evaluation de la réforme ne se veut pas exhaustive. Nous avons passé sous silence, par exemple, l'impact de la réforme sur les types d'intervention, sur les conditions de travail des praticiens-nes, etc. Nous avons cependant une vue d'ensemble. Pour nous, en somme, **la déprivatisation amenée par la réforme était globalement positive en dépit d'un certain nombre de limites**. Mais pendant les annees 1970, il etait difficile de prevoir que les annees 1980 s'apparenteraient a une periode de reprivatisation. C'est ce que les chapitres suivants nous permettront de constater.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL PRIVES AUTOFINANCES [ACAPA] (1984), La situation actuelle des centres d'accueil prives autofinances de la region du Montreal metropolitain, Memoire presente au ministre des Affaires sociales du Quebec, mars 1984, 5 p.

ACAPA (1985), Memoire remis a l'honorable Guy Chevrette, 13 aout 1985, 3 p.

ACAPA (1986), Memoire presente a la Commission Rochon, avril 1986, 11 p.

AUDET, Gratien (1984), Lettre a Monsieur Jean-Yves Dessureault le 23 novembre 1984.

BATSHAW, M. (1975), Rapport du Comite d'etude sur la readaptation des enfants et adolescents places en Centre d'accueil, MAS, Quebec.

BOUCHER, J.-Emile (1963), Rapport du Comite d'etude sur l'assistance publique (connu sous le nom de Rapport Boucher), Gouvernement du Quebec, Quebec, 230 p.

CANADA (1966), Loi autorisant le Canada a contribuer aux frais des regimes visant a fournir une assistance publique et des services de bien-etre aux personnes necessiteuses et a leur egard, in Statuts du Canada, 1966-67, chap. 45.

CASTONGUAY, Claude et NEPVEU, Gerard (1972a), Rapport de la Commission d'enquete sur la sante et le bien-etre social, Volume VI : Les services sociaux, Tome I, Gouvernement du Quebec, Quebec, , 381 p.

CASTONGUAY, Claude et NEPVEU, Gerard (1972b), Rapport de la Commission d'enquete sur la sante et le bien-etre social, Volume VI : Les services sociaux, tome II, Gouvernement du Quebec, Quebec, version francaise, 492 p.

CASTONGUAY, Claude et NEPVEU, Gerard (1970), Rapport de la Commission d'enquete sur la sante et le bien-etre social, Volume VII, Tome II : Les etablissements a but lucratif, Gouvernement du Quebec, Quebec, version francaise, 68 p.

CENTRAIDE MONTREAL (1986), Memoire soumis a la Commission d'enquete sur les services de sante et les services sociaux, Montreal, Centraide, mars 1986, 40 p.

CLAGUE, M. DILL, R., SEEBARAN, R., WHARF, B (1984), Reforming Human Services. The Experience of the Community Resource Boards in B.C. , UBC Press, Vancouver, 321 p.

COLLIN, Jean-Pierre et GODBOUT, Jacques (1975), Les organismes populaires en milieu urbain, INRS-Urbanisation, Montreal.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (CASF) (1978), La question de la promotion des initiatives volontaires dans le domaine des affaires sociales au Quebec, Etudes et avis du CASF au Ministre des Affaires sociales, Quebec, 27 p.

CONSEIL DU PATRONAT DU QUEBEC [CPQ] (1986), Pour des services de sante fournis a meilleur compte mais qui repondent aux besoins, Memoire presente a la Commission Rochon, Montreal, avril 1986, 37 p.

DESY, Marielle, FERLAND, Marc, LEVESQUE, Benoit et VAILLANCOURT, Yves (1980), La conjoncture au Quebec au debut des annees 80: les enjeux pour le mouvement ouvrier et populaire, Rimouski, La Librairie socialiste de l'Est du Quebec, 200 p.

DESCHENES, Jean-Claude (1979), «Un an après son arrivee, le sous-ministre Deschenes rompt le silence...», entrevue faite par Michel Pilon, in Carrefour des affaires sociales , Vol. i, No 2 (fevrier 1979), MAS, Quebec pp. 13-19.

DESLAURIERS, Jean-Pierre (1979), «Services sociaux et service social» in Intervention, No 55, pp.40-47.

FORGET, Claude-E. (1971), Aspects financiers de la vocation future des etablissements prives, Allocution prononcee par Monsieur Forget, Sous-ministre adjoint au financement au MAS, dans le cadre du congres de l'Association des directeurs et des etablissements prives, le 19 novembre 1971, texte dactylographie, 9 p.

FORGET, Claude (1976), «Schema de reference» in Info 9, CSSMM, Montreal, juillet 1976.

GODBOUT, Jacques (1983), La participation contre la démocratie, Albert St-Martin, Montreal.

LAZURE, Denis (1977), Lettre a Monsieur Daniel Holdrinet, President de l'Association des directeurs d'etablissements prives (ADEP), le 22 juillet 1977, 4 pages dactylographiees.

LAZURE, Denis (1979), «Au mitan d'un mandat», une entrevue de Denis Lazure réalisée par Michel Pilon, in Carrefour des affaires sociales, Vol. 1, No 4, (sept. 1979), pp. 17-23.

LEBLANC, Marc (1983), Boscoville: la rééducation evaluee, Hurtubise HMH, Montreal, 416 p.

LEBLANC, Marc (1985), «Une revolution de la legislation et des prises en charge» in TREMBLAY, Richard-E., FAVARD, Anne-Marie et JOST, Raymond, Le traitement des adolescents delinquants, Fleurus, Paris, 1985, pp. 121-143.

LESEMANN, Frederic (1981), Du pain et des services, Albert St-Martin, Montreal, 232 p.

LEVESQUE, Benoit et BELANGER, Paul-R. (1985), Les nouveaux enjeux du mouvement populaire quebecois, in Relations, avril 1985.

MARTIN, Jean-Marie (1970), Pour une politique de la vieillesse, annexe #17 du Rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, Gouvernement du Quebec, Quebec, 170 p.

MAS (1976), Perspectives a l'egard des CLSC, MAS, juillet 1976, 4 p.

MAS (1979), Etude et recommandations concernant le developpement des C.A. prives autofinances et des pavillons, Gouvernement du Quebec, MAS, Direction generale des programmes de services sociaux du MAS, Quebec, aout 1979, 48 p.

MAS (1985a), Le systeme de sante et de services sociaux au Quebec, Gouvernement du Quebec, 71 p.

MAS (1985b), Le systeme de sante et de services sociaux au Quebec, Annexe statistique, Gouvernement du Quebec, 102 p.

McGRAW, Donald (1978), Le developpement des groupes populaires a Montreal (1963-1973), Editions St-Martin, Montreal.

PERRON, Jules (1986), Administration sociale et services sociaux, Gaetan Morin editeur, Chicoutimi, 285 p.

PILON, Michel (1980a), «Le benevolat. Pour une societe reinventee», in Carrefour des affaires sociales, Vol. 2, no 3 (mai 1980), MAS, Quebec, pp. 20-23.

PILON, Michel (1980b), «L'action benevole: bilan et perspectives- Table ronde», in Carrefour des affaires sociales, Vol. 2, no 3 (mai 1980), pp. 25-32.

QUEBEC (1971), Loi sur les services de sante et les services sociaux, in Statuts du Quebec, annee 1971, chap. 48.

QUEBEC (1984), Loi sur les services de sante et les services sociaux, in L.R.Q.,chap. S-5, a jour au 1er septembre 1984, Editeur officiel du Quebec, Quebec, 1984.

QUEBEC (1985) Reglements adoptés en vertu de la Loi sur les services de sante et les services sociaux, a jour au 28 mai 1985, Editeur officiel du Quebec, Quebec.

RENAUD, Gilbert (1978), L'eclatement de la profession, Les editions cooperatives Albert-St-Martin, Montreal, 1978, 164 p.

SANTE SOCIETE (1986), La sante et l'assistance publique au Quebec 1886-1986, MSSS, Quebec.

VAILLANCOURT, Yves (1986), «L'Etat et le social au Quebec», serie de quatre articles publies dans Le Devoir, les 2, 4, 5 et 6 août 1986.

VAILLANCOURT, Yves (1987), «Le cas du Quebec», chapitre de 48 pages dactylographiees a paraitre dans ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y., editeurs, Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, printemps 1988.

VAILLANCOURT, Yves (1988), Les politiques sociales de 1940 a 1960 (Cahier III de la serie Les politiques sociales et les travailleurs de Pelletier/Vaillancourt). Ce manuscrit termine depuis 1985 paraitra aux Presses de l'Universite de Montreal au printemps 1988.

ZAY, Nicholas (1962), «Assistance publique et service social» in Service social, Vol. 10, No 3 et Vol 11, No 1 (octobre 1961-avril 1962), pp. 64-85.

Chapitre 3
Les années 1980, le retour vers le privé

Introduction

En tenant compte des points de répère théoriques et historiques dégagés dans nos deux premiers chapitres, il nous est possible, dans le présent chapitre, de faire ressortir les **hypothèses principales** qui confèrent cohérence et unité à l'architecture d'ensemble de notre rapport. Nos hypothèses clés peuvent être ramenées aux formulations suivantes: Au niveau de l'organisation des services sociaux et, plus particulièrement, de la physionomie des rapports entre le privé et le public, au Québec, nous serions témoins, au cours des années 1980, d'une sorte de retour du pendule. Suite au mouvement de **déprivatisation** connu pendant les années 1960 et, principalement, les années 1970, nous connaitrions, pendant les années 1980, un mouvement de **reprivatisation**.

De façon plus précise, nous considérons que, depuis la fin des années 1970, **deux vagues distinctes de privatisation** se seraient manifestees au Québec dans le domaine des services sociaux. Il y aurait eu, **d'abord, une vague de privatisation de type communautaire et, ensuite, une vague de privatisation de type commercial**.

Pour vérifier et, nous l'espérons, démontrer la pertinence de ces hypothèses, nous comptons procéder de façon plus globale dans le present chapitre avant de passer à des vérifications plus spécifiques, dans les quatre chapitres ultérieurs. En référence avec le présent chapitre, cela veut dire ceci: nous comptons dévoiler les grands paramètres permettant de

comprendre comment **le gouvernement du Québec, à partir de la fin des années 1970, aurait changé à deux reprises sa stratégie et, du même coup, son discours et ses pratiques, au chapitre du rôle de l'Etat dans l'organisation des services sociaux** . En tenant compte de notre définition de la privatisation (cf. chapitre 1), nous avançons que le gouvernement du Québec, au cours des années 1980, a commencé à faire machine arrière par rapport aux mouvements initiés dans la décennie précédente. En effet, si nous surveillons de près l'évolution de l'aménagement de la **livraison des services sociaux**, nous pouvons constater --et nous tenterons de le démontrer dans ce chapitre et les chapitres ultérieurs-- que le gouvernement du Québec a favorisé à la fois un **désengagement de l'Etat** --via les compressions budgétaires affectant les services sociaux publics-- et une **relève assumée par des organismes non gouvernementaux** --ONG--. Nous distinguons deux stratégies et vagues spécifiques de privatisation pour ne pas confondre la privatisation faite à l'avantage des **ONG à but non lucratif**, de 1979 à 1985, avec celle faite à l'avantage des **ONG à but lucratif**, depuis 1985. Dans le premier cas, la privatisation vise la "**communautarisation**" des services tandis que, dans le second, elle vise leur **commercialisation**.

Pour amorcer d'une façon générale la vérification des hypothèses mises de l'avant jusqu'à maintenant, il importe, dans ce chapitre, de faire trois choses. **Premièrement**, il est important de revenir, de façon plus explicite --que dans le chapitre 2--, sur les compressions budgétaires du début des années 1980, afin d'être en mesure de mieux cerner le désengagement de l'Etat provincial dans la livraison des services. **Deuxièmement**, nous nous pencherons sur l'évolution du discours gouvernemental concernant le rapport entre le public et le privé dans les

services sociaux en considérant le discours comme un indice significatif de l'évolution des stratégies gouvernementales. **Troisièmement**, dans la conclusion de ce chapitre, nous commencerons, fort succinctement, à nous arrêter sur l'évolution des pratiques gouvernementales retenues comme indice principal pour mesurer l'existence ou pas de changements de stratégies.

1. Les compressions budgétaires dans les services sociaux

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, les compressions budgétaires, au Québec, se firent sentir plus tardivement dans le domaine des services sociaux que dans le domaine des services de santé. La relecture des discours du budget, à partir de la deuxième moitié des années 1970, permet de constater que la volonté de freiner les dépenses gouvernementales commença à apparaître timidement en 1975-76, soit à la fin du gouvernement libéral --de 1970 à 1976--, s' intensifia avec l'arrivée du PQ au pouvoir et cela dès le premier budget déposé par M. Jacques Parizeau, Ministre des finances , en mars 1977, et connut son apogée, lors du dépôt du cinquième budget de M. Parizeau en mars 1981. Dès les premières années du gouvernement du PQ, la question des déficits d'un certain nombre d'hôpitaux ne tarda par à devenir un objet de préoccupation majeure et c'est dans ce contexte que les établissements hospitaliers constituèrent les premières cibles retenues dans les compressions budgétaires impulsées par le ministre des finances de l'époque et furent ainsi incités à fournir, année après année, des plans de redressement budgétaire. (QUEBEC, 1978: 13, 26; QUEBEC, 1979a: 21; QUEBEC, 1980: 21.)

Avant de centrer davantage notre attention sur les compressions budgétaires de 1981-82 dans le domaine des services sociaux, il est nécessaire de remonter un peu dans le temps pour suivre l'évolution des dépenses gouvernementales. A cet égard, un petit tableau comparatif sur l'évolution des augmentations des dépenses gouvernementales au Québec et en Ontario, de 1974-75 à 1982-83, nous offre un bon point de départ.

Tableau 1 : Augmentation des dépenses gouvernementales au Québec et en Ontario, de 1974-75 à 1982-83.

Année	% d'aug au Qué.	% d'aug. en Ontario
1974-75	26.1	n.d.
1975-76	21.9	15.1
1976-77	16.1	10.1
1977-78	12.3	8.6
1978-79	11.1	6.4
1979-80	12.9	9.8
1980-81	16.4	9.1
1981-82	15.9	18.0
1982-83	9.2	12.5

SOURCE: Pour l'Ontario, ONTARIO, 1983: 44. Pour le Québec, QUEBEC, 1986a: 15 et La Presse, 7 mars 1981.

L'examen rapide des données du tableau1 permet de constater que le démarrage des compressions des dépenses gouvernementales fut amorcé plus tôt en Ontario qu'au Québec et ceci s'explique par le fait que l'Ontario, pour des raisons que nous aurons l'occasion de mieux comprendre au chapitre 8, assuma un rôle d'avant-garde au niveau des compressions budgétaires au Canada. Cela explique que le gouvernement de l'Ontario, pendant les années 1974-75 à 1980-81, parvint à comprimer ses dépenses budgétaires plus fortement que le gouvernement du Québec. Par contre, nous constatons que le Québec devance l'Ontario au niveau de la compression de ses dépenses budgétaires au cours des années 1981-82 et 1982-83.

En partant des ordres de grandeur dans les pourcentages d'augmentation des dépenses budgétaires apparaissant dans le tableau 1, nous pourrions être portés à penser que ces dernières furent généreuses au Québec et qu'il est contre indiqué de parler de compressions budgétaires qui n' auraient pas cessé de s'intensifier de 1977-78 à 1980-81 et auraient connu leur apogée au cours de l'année budgétaire 1981-82 puisque, cette année-là, les dépenses globales du gouvernement du Québec augmentèrent de près de 16%. Mais pour penser de la sorte, il faudrait faire abstraction de quatre facteurs fort importants pour replacer les pourcentages d'augmentations dans leur juste perspective: premièrement, il importe de ventiller les dépenses gouvernementales de façon à examiner plus spécifiquement les dépenses de services sociaux; deuxièment, il faut rappeler que le taux d'inflation était fort élevé au tournant des années 1970 et 1980 et qu'il dépassait 12 % au cours de l'année budgétaire 1981-82; troisièmement, il faut ajouter que les dépenses salariales au cours des années 1979 à 1982 connaissaient un rythme d'augmentation plus considérable que les autres dépenses budgétaires et constituaient 80% des dépenses dans les budgets affectés aux affaires sociales; quatrièmement, que l'année budgétaire 1981-82 coïncida avec une année de récession économique qui fut la plus brutale depuis la Deuxième Guerre Mondiale, ce qui signifia une intensification très considérable des problèmes sociaux -- dont une croissance de 30% de la clientèle de l'aide sociale au Québec[1]-- et entraîna une augmentation significative de la demande de services sociaux.

Mais pour saisir de façon plus rigoureuse l'évolution des dépenses gouvernementales et, plus particulièrement, celle des services sociaux, au

[1] De 1981 à 1983, le nombre de ménages sur le programme de l'aide sociale au Québec est passé de 309 291 à 402 870. QUEBEC, 1985: 132.

cours des années qui nous intéressent, il importe d'examiner des statistiques plus ventillées. C'est ce que nous ferons à l'aide des tableaux qui suivent.

Tableau 2: Evolution des dépenses gouvernementales selon la mission, Québec, 1976-77 à 1985-86, en milliards de $

Années	Ensemble	Mission Sociale (a)	Domaine santé + adaptation sociale (b)	IPC (c) (1981=100)
1976-77	10.7$	4.1$	3.2$	63.3
1977-78	12.0$	4.6$	3.5$	69.1
1978-79	13.4$	5.2$	4.0$	74.3
1979-80	15.1$	5.8$	4.5$	82.7
1980-81	17.6$	6.6$	5.0$	91.7
1981-82	20.4$	7.6$	5.8$	103.3
1982-83	22.3$	8.6$	6.4$	113.6
1983-84	24.5$	9.5$	6.9$	119.2
1984-85	25.5$	10.2$	7.3$	123.2
1985-86	27.4$	10.6$	7.6$	127.8
% d'aug. de 76 à 85	156%	158%	136%	101.9%

a) La mission sociale comprend ici trois (3) domaines soit le domaine Sécurité du revenu, le domaine Santé et adaptation sociale et le domaine habitation.
b) Le domaine Santé et adaptation sociale comprend ici quatre (4) secteurs soit le secteur prévention et amélioration, le secteur recouvrement de la santé, le secteur réadaptation sociale et le secteur administration et services.
c) IPC= indice des prix à la consommation.
SOURCE: MSSS (1985): 11 et 43.

A partir des chiffres du tableau 2, nous saisissons que la croissance des dépenses de l'ensemble des domaines de la mission sociale augmentèrent, au cours de la période, au même rythme que celles de l'ensemble des dépenses, c'est-à-dire de 156% par rapport à 158%. Si bien, qu'en 1985-86, tout autant qu'en 1976-77, la mission sociale representait un peu plus de 38% de l'ensemble du budget de la province de Québec. Par contre, les dépenses de la mission sociale connurent une croissance plus rapide que celle du produit intérieur brut --PIB--. En effet, elles

représentaient 8.8% du PIB en 1976-77 et un peu plus de 10% en 1984-85. (MAS, 1985b: 66). Par contre, le rythme de croissance du domaine santé et adaptation sociale, au cours de la même période, n'est que de 136%, c'est-à-dire de 22% de moins que celui de l'ensemble de la mission sociale et 20% de moins que celui de l'ensemble des dépenses gouvernementales. Cela s'explique par le fait que les autres composantes de la mission sociale --i.e. la Sécurité du revenu et l'Habitation-- connurent une croissance plus accélérée que la composante Santé et adaptation sociale.

Entre le tableau 2 et le tableau 3, il y aurait place pour un autre tableau nous offrant, pour la même période, une ventillation de l'évolution de la composante Santé et adaptation sociale en tenant compte de quatre (4) secteurs soit 1) le secteur prévention et amélioration; 2) le secteur recouvrement de la santé; 3) le secteur réadaptation sociale; 4) le secteur administration et services. Cette ventillation permettrait de constater que le pourcentage d'augmentation des dépenses gouvernementales varia beaucoup d'un secteur à l'autre de 1976-77 à 1985-86. En effet, il fut:

-de 122% dans le secteur recouvrement de la santé (comprenant les services en centres hospitaliers et les dépenses de la Régie d'assurance maladie du Québec ;

-de 162% dans le secteur réadaptation sociale (comprenant les services en CSS, en CAH et CHSLD et en CAR ainsi que les relations avec les citoyens et l'OPHQ);

-de 221% dans le secteur prévention et amélioration (comprenant les services en CLSC, le soutien aux organismes bénévoles et la protection du milieu);

-de 199% dans le secteur administration et services. (MSSS, 1985: 8, 16).

Pour comprendre ces chiffres et établir le lien avec les compressions budgétaires dans le domaine des services sociaux, il est intéressant de passer au tableau 3 .

Tableau 3: Evolution des dépenses de quelques programmes du MSSS ayant trait aux services sociaux, de 1976-77 à 1985-86, au Québec, en millions de $.

Année	CLSC	SOB(a)	CSS	CAH+CHSLD	CAR
1976-77	115.6	5.5	127.5	375.7	202.7
1977-78	131.9	5.7	142.8	418.5	257.9
1978-79	157.2	6.8	168.2	476.2	286.8
1979-80	182.9	8.3	188.9	532.0	318.7
1980-81	211.0	10.1	214.6	598.5	357.8
1981-82	245.9	10.9	230.7	710.3	452.7
1982-83	281.1	12.5	263.7	811.9	517.5
1983-84	296.3	13.7	276.4	845.2	532.5
1984-85	362.6	17.7	237.4	904.5	567.8
1985-86	384.9	20.0	255.9	969.1	586.2
% d'aug. de 76 à 85	233%	266%	101%	158%	189%

a) SOB signifie ici soutien aux organismes bénévoles (et communautaires).

SOURCE: QUEBEC (1985 : 23 et 25).

A partir des données du tableaux 3 , et en ne perdant de vue ni le rythme d'augmentation de l'ensemble des dépenses gouvernementales pendant la période (156%), ni le taux d'augmentation de l'ensemble des dépenses liées à la mission sociale (158%), , ni l'augmentation du coût de la vie (102%) pendant la période, nous pouvons aisément identifier les programmes en forte croissance et ceux en faible croissance. C'est ainsi que nous constatons que:

-le secteur du Soutien aux organismes bénévoles a la plus forte croissance (266%); il faut rappeler cependant que ce secteur,

comparativement aux autres, a une faible importance en chiffres absolus puisqu'il ne draine que 20 millions $ en 1985-86;

-le secteur des CLSC vient au second rang avec une augmentation de l'ordre de 233%; notons au passage que les budgets des CLSC augmentèrent de 22.4% de 1983-84 à 1984-85, c'est-à-dire au moment où s'effectuaient les transferts de ressources CSS-CLSC dans les diverses régions du Québec sauf dans la région de Montréal. (MAS, 1984a; VAILLANCOURT, 1984);

-le secteur des CAR connut une augmentation de l'ordre de 189%, ce qui représente également une augmentation supérieure de 31 points de pourcentages à celle de la mission sociale; nous faisons l'hypothèse que cette augmentation est attribuable à la restructuration des CAR qui fut introduite dans la foulée des recommandations du Rapport Batshaw;

-Les dépenses des CAH et des CHSLD augmentèrent au même rythme que l'ensemble des dépenses de la mission sociale, soit de 158%.

-Les dépenses des CSS n'augmentèrent que de 101%, ce qui veut dire qu'elles demeurèrent stationnaires en dollars constants puisque le coût de la vie augmenta à lui seul de 102% au cours de la même période. Ce faible taux de croissance des budgets alloués aux CSS s'explique à la fois par les transferts de ressources des CLSC vers les CSS, en 1984-85 et par les compressions budgétaires qui furent très vigoureuses dans divers types d'établissements et, plus particulièrement, dans les CSS en 1981-82.

Il serait difficile de cerner la nature et l'impact des compressions budgétaires dans le domaine des services sociaux en particulier à partir des seules données statistiques fournies par les tableaux 1, 2 et 3. Par exemple, il serait possible, à partir des chiffres du tableau 1, de considérer que la croissances de l'ordre de 15.9% des dépenses gouvernementales, pendant l'année 1981-82, était tout de même supérieure au taux d'inflation qui était

de 12.6% cette même année. De même, en référence au tableau 2, il serait possible de calculer que, toujours en 1981-82, l'augmentation des dépenses fut de 15% pour l'ensemble des dépenses de la mission sociale et de 16% pour le domaine santé et adaptation sociale. De même, en référence au tableau 3, il serait possible de souligner que les dépenses, toujours en 1981-82, augmentèrent de 16.5% dans les CLSC, de 18.6% dans les CAH et les CHSLD et de 26.5% dans les CAR. Mais il faudrait néanmoins reconnaître, dès le point de départ, que les augmentations formelles de l'ordre de 7.9% dans le soutien aux organismes bénévoles et de 7.9% dans les budgets des CSS correspondaient, de toute évidence, à des baisses de budgets fort significatives, puisque le taux d'inflation , cette même année, dépassait 12.5%.

Cependant, pour vraiment saisir l'ampleur des compressions budgétaires de 1981-82, il faut se replacer en mars 1981, soit au moment du discours sur le budget. A ce moment-là, le Ministre Parizeau, s'alarmait d'abord du fait que les dépenses gouvernementales, qui avaient été maintenues à une expansion de 12% environ par année, de 1977-78 à 1979-80, avaient soudainement connu une hausse substantielle de 16.6% en 1980-81 (QUEBEC, 1981b: 9). Surtout, M. Parizeau avait peur que cette hausse aille en augmentant en 1981-82:

> L'orientation des dépenses, pour 1981-82, a été, depuis quelques mois, fortement marquée par des opérations de compression. On a vu que la croissance des dépenses en 1980-1981, a été nettement plus forte que celle des années précédentes. Il a donc été décidé d'en réduire fortement la progression. Les décisions qui ont été prises, affectant tous les ministères du gouvernement, ont été vite connues du public.

> Il faut d'abord saisir la raison de telles compressions. En première étape de la préparation du budget, on projette sur l'année suivante le coût des opérations et des programmes existants, sans rien y changer, mais en les ajustant simplement en fonction des taux prévus de salaires, d'inflation et d'intérêt. Puis on tient compte, selon le cas, des projections de clientèles et du coût, pour une année entière, des mesures prises au cours de l'année précédente.
>
> Cette vaste opération de projection purement mécanique aurait produit, en 1981-1982, une augmentation de plus de 18 pour cent des dépenses par rapport à 1980-1981. Comme il apparaît nécessaire de réduire la progression des dépenses de 16,6 pour cent observée en 1980-1981, il va de soi qu'une augmentation de 18 pour cent était clairement inacceptable. Dans la mesure où la production courante du Québec va augmenter, en 1981, de 11 à 12 pour cent, une hausse des dépenses de 12,5 à 13 pour cent serait raisonnable. (QUEBEC, 1981b: 27).

Puis, le reste suivait de façon conséquente. Tous les ministères devaient faire leur part pour faire des compression de l'ordre de un milliard $. Le ministère des affaires sociales était particulièrement visé, en se faisant octroyer des crédits qui représentaient une hausse de seulement 10.8% de ceux de l'année précédente. (QUEBEC, 1981a: 19). Et le ministre Pierre-Marc Johnson, fraîchement arrivé au MAS, se faisait un point d'honneur de réaliser les compressions budgétaires de l'ordre de 244 millions $ attendues de son ministère. Il comptait les réaliser en imposant entre autres des compressions de l'ordre de 150 millions $ aux hôpitaux, de 14 millions $ au CSS, de 17.3 millions $ aux centres d'accueil, de 3.8 millions $ aux CLSC (JOHNSON, 1981a, 1981b et 1981c). Les dirigeants d'établissements dans les

affaires sociales maugréèrent (cf. OUIMET, 1981; ROBITAILLE, 1981; DOUCET, 1981). Mais rien y fit; les compressions furent appliquées.[2]

Dans les CSS, les compressions devaient faire particulièrement mal et entraîner des coupures de centaines de postes ainsi qu'une atteinte à la qualité des services. Voici comment s'exprimait à ce sujet, à la fin de l'année 1981, Monsieur Georges ROBITAILLE, président de l'Association des CSS du Québec:

> Dans des organismes où la masse salariale représente près de 86% du budget, il est évident que de telles coupures budgétaires ne peuvent se réaliser sans diminution de postes et, en conséquence, des services à la population. Il est aussi impensable de prétendre qu'un soi-disant dégraissage administratif puisse permettre un équilibre budgétaire.
> Le problème fondamental qui se pose aux CSS dans cette conjoncture économique difficile, c'est l'adéquation entre les mandats qui leur sont confiés par le gouvernement et les ressources financières qui leur sont consenties. A titre d'exemple, il y a deux ans, les CSS recevaient un budget de quatorze millions pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et, aujoud'hui, on leur impose une coupure équivalente. (1981: 27).

---

[2] Voici par exemple le commentaire que formulait Monsieur Jean-Guy DOUCET, président de l'Association des centres d'accueil du Québec: "A plusieurs reprises, au cours des derniers mois, nos hommes publics ont répété qu'il n'était pas question, actuellement, de réduire les services à la population, mais plutôt de 'couper dans le gras' des budgets des organismes que le ministère des Affaires sociales subventionne. Ce sont là des réflexions publiques plus claironnantes que clairvoyantes; elles sont en tous les cas difficiles à transposer dans le réseau des centres d'accueil. Il ne faut pas espérer rétablir la situation financière du Québec à même les économies que pourront réaliser les établissements que notre Association regroupe." (1981: 29).

En dépit des "grincements de dents", les compressions furent appliquées. Ainsi, un an plus tard, dans le budget de 1982, le Ministre Yves Bérubé, alors Président du Conseil du trésor, exprimait son contentement par rapport aux résultats obtenus:

> on a pu comprimer les dépenses de l'Etat de près de 850 millions $. Quelle serait notre situation si nous n'avions pas consenti à cet effort; on a bousculé des habitudes, on a réduit les effectifs; des clientèles inscrites à certains programmes ont dû s'adapter à de nouvelles règles. (QUEBEC, 1982: 7).

Mais l'objectif de freiner la croissance à 12.5% ne fut pas réalisé. Comme nous l'avons vu dans le tableau 1, les dépenses augmentèrent tout de même de 15.9% en 1981-82 au Québec (comparativement à 18% en Ontario). Mais cela ne signifie aucunement que les compressions budgétaires n'eurent pas lieu. Il ne faut pas l'oublier, au cours de cette même année, une brutale récession économique frappa le Québec et le reste de l'Amérique du Nord. Cette récession devait signifier au Québec la disparition de plus de 250 000 emplois suite à des fermetures d'entreprises et à des mises à pied. Elle eut un impact sur les dépenses qui, sans les compressions, auraient augmenté de façon tout simplement prodigieuse.

En outre, les compressions budgétaires de 1981-82 marquèrent un changement de stragégie gouvernementale appelé à perdurer au cours des années ultérieures. Ainsi, fort heureux de l'expérience de l'année 1981-82, au printemps de 1982, le Ministre Yves Bérubé entrevoyait le prolongement des compressions au cours de l'année 1982-83:

> L'expérience de l'année dernière, si difficile fut-elle, aura toutefois permis d'apprendre qu'il aurait été souhaitable, pour favoriser la pleine réalisation des

> objectifs, de disposer d'un laps de temps plus long pour réagir [...]
> C'est pourquoi, pour profiter de cette expérience, dès le début du cycle budgétaire 1982-83, qui remonte à près d'un an, nous avons convenu d'indiquer aux ministères et organismes les prévisions des besoins de réduction des dépenses qui leur seraient demandées et les économies que ces mesures étaient susceptibles de produire sur les années ultérieures. (QUEBEC, 1982 : 7).

Puis, sur cette lancée, le Président du conseil du trésor annonçait un autre programme de compressions budgétaires à mettre en oeuvre en 1982-83. Une fois de plus la mission sociale devait être fortement touchée (1982: 8).

En somme, les compressions budgétaires de 1981-82 devaient constituer un paramètre de l'action gouvernementale pour plusieurs années et non pas pour la seule année budgétaire1981-82. C'est ainsi qu'au fil des années 1980, la croissance des dépenses gouvernementales fut effectivement comprimée, au point de devenir plus proche de celle du PIB comme en témoignent les données du tableau 4.

Tableau 4 : Augmentations des dépenses gouvernementales, du PIB et du taux d'inflation, au Québec, de 1980-81 à 1985-86.

	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86
-Croissance des dépenses gouvern.	**16.4**	**15.9**	**9.2**	**8.2**	**7.5**	**5.8**
-Croissance du PIB	**11.6**	**13.8**	**5.0**	**7.6**	**8.0**	**7.5**
-Croissance du taux d'inflation	**10.2**	**12.5**	**10.8**	**5.8**	**4.4**	**4.0**

SOURCE : QUEBEC, 1986a: 15.

Ces chiffres du tableau 4 nous renvoient à une situation opposée à celle qui prévalait pendant la réforme des années 1970 (cf. chap. 2). Pendant les années 1980, la croissance des dépenses gouvernementales tend à se

rapprocher de plus en plus de celle du PIB. Dans le domaine des services sociaux, cela renvoie à un desengagement de l'Etat dans la livraison des services. Or, ce desengagement de l'Etat, il va de pair avec une responsabilisation accrue du secteur privé et tout cela se trouve legitime par le discours gouvernemental, comme nous le verrons dans la section suivante.

2. Deux vagues de discours favorables à la privatisation

Dans notre section theorique, nous avons presente le discours et les pratiques comme deux composantes bien distinctes des politiques gouvernementales et nous avons attire l'attention sur l'apparition frequente de contradictions entre le discours et les pratiques. Mais, dans le cas qui nous interesse, soit celui du Quebec contemporain, precisons qu'il semble y avoir une assez grande convergence entre le discours et les pratiques. En consequence, il est interessant de tenter de retracer l'evolution des politiques gouvernementales en etant attentifs d'abord aux discours puis aux pratiques.

Meme si l'usage fait par le gouvernement du Quebec du concept de privatisation s'apparente a un phenomene relativement recent , cela ne signifie pas que le discours ayant rapport a la privatisation des services sociaux serait apparu seulement depuis 1985 ou 1986. Au contraire une perspective d'analyse plus fine, attentive a la privatisation de type communautaire tout autant qu'a celle de type commercial, devrait nous permettre, a notre avis, de capter des indices montrant que le discours gouvernemental favorable a la privatisation a ete developpe a Quebec depuis

1979 environ. Essayons de répérer ces deux vagues en mettant d'abord l'accent sur le discours gouvernemental.

2.1. Le discours communautariste

Le discours accompagnant et légitimant la **première vague de privatisation** commence à apparaître à partir de 1979, soit à la fin du premier mandat du PQ; mais il est utilisé de façon plus sophistiquée et audacieuse à partir de 1981, soit pendant le deuxième mandat du PQ, dans une conjoncture marquée par l'intensification des compressions budgétaires et la découverte des limites de l'Etat-providence. Ce discours, que nous appellerons **communautariste**, ne fait jamais explicitement référence au concept de privatisation. Il préfère recourir à des concepts plus positifs tels ceux de «**la prise en charge**», par les individus, leurs proches et les communautés locales de leurs propres problèmes. Il oppose aux limites de l'Etat-providence --sa lourdeur bureaucratique, son paternalisme qui confine à la dépendance-- les insondables possibilités d'aide et de solidarité enracinées dans les **réseaux naturels et primaires**. Il affirme que les limites de la capacité de payer de l'Etat invitent la société à miser plus audacieusement sur les contributions des «aidants naturels» et des organismes bénévoles de toutes sortes. Il véhicule une perspective fort critique à l'endroit des professionels-les, notammant en pointant les visées intéressées et corporatistes des professionnels-les syndiqués-es dispensant des services sociaux à partir des organismes publics et en célébrant les intentions plus généreuses et désintéressées des intervenants-es non-professionnels-les ou semi-professionnels-les des organismes bénévoles et communautaires oeuvrant en marge du réseau gouvernemental. On aura

remarqué au passage que ce discours intériorise une certaine critique de l'étatisation à outrance inhérente à la réforme de 1971 et s'inspire de cette dernière pour légitimer et aménager une diminution de l'engagement de l'Etat.

Ce type de discours communautariste, nous le retrouvons d'abord, à la fin des années 1970, dans les documents officiels du Ministère des affaires sociales (MAS) concernant la politique gouvernementale dans le domaine du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, dont les personnes âgées et handicapées (MAS, 1979). Dans les documents du MAS concernant les personnes âgées, à partir de 1979 notamment, il est question d'une part des limites d'une stratégie d'hébergement et, à l'inverse, des atouts d'une stratégie de maintien à domicile --impliquant la non institutionnalisation et la désinstitutionnalisation--; d'autre part, il est question des limites des services à domicile publics: «... on ne peut qu'être impressionné par l'ampleur des ressources humaines et matérielles que l'Etat devrait consacrer aux services à domicile s'il fallait compter seulement sur la solution étatique.»(MAS, 1979: 13, 24). En conséquence, il faut moins demander à l'Etat et aux services publics parce que cette approche serait trop coûteuse; en plus direct, il faut demander plus aux individus («l'auto-solution»), à l'engagement de la famille et de la collectivité, à l'action volontaire (ou au bénévolat) de ses membres, à l'entraide et autres formes d'activités qui regroupent les ressources de la communauté»(1979: 13). Mais le discours du MAS va plus loin et c'est à ce moment qu'il s'inscrit plus formellement dans une perspective de privatisation de type communautaire: **il affirme que l'Etat doit soutenir matériellement les organismes bénévoles de services de maintien à domicile.** En d'autres termes, cet Etat qui, à la fin des années 1970, s'applique à mettre les freins par rapport à une politique

d'hébergement et à valoriser les services à domicile tout en prenant bien soin de de pas s'engager à les assumer entièrement de façon publique, favorise une relève devant être assumée par le secteur privé à but non lucratif: «Afin d'aider les regroupements de citoyens âgés et de personnes handicapées, l'Etat doit assurer la sécurité et la survie des organismes bénévoles et non les remplacer.»(MAS, 1979: 14).

Ce nouveau discours communautariste se raffina au cours des ans. Pendant le deuxième mandat du PQ, de 1981 à 1985, il était manié avec dextérité au MAS. On le retrouve dans le document officiel d'avril 1981 dans lequel le MAS annonce officiellement le parachèvement du réseau des CLSC (1981): le CLSC est alors présenté comme un instrument qui «vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution.» (1981: 1). **Pierre-Marc Johnson, qui remplaça Denis Lazure au MAS en 1981, ne tarda pas à faire sienne la rhétorique communautariste et il s'appliqua même à aiguiser sa portée anti-étatique**. Dans une entrevue qu'il donnait à l'automne 1981 à la revue **Carrefour des affaires sociales** et qui fut intitulée "de la syndical-bureaucratie à la social-démocratie", JOHNSON se présentait en champion de la lutte contre le fait "de rendre les gens dépendants à l'égard de l'Etat" et "dépendants de normes et de réglementations". (1981c: 11).

Le discours communautariste traverse l'argumentation des porte-parole du MAS en 1982, 1983 et 1984, lorsqu'on prépare et effectue les transferts de ressources de première ligne des DSC d'abord et des CSS ensuite, vers les CLSC. (MAS: 1984). A la lumière de ce discours, le CLSC, de façon paradoxale, peut être vu comme un établissement public capable de jouer un rôle de levier de privatisation de type volontaire. C'est sans doute là l'un des facteurs qui permet de comprendre l'aisance et l'empressement avec

lesquels certains organismes, dont la FEDERATION des CLSC du Québec, s'approprièrent ce type de discours et contribuèrent même à l'articuler.[3] C'est également l'un des facteurs qui permet de comprendre la popularité qui fut celle du **Rapport Barclay** (1982) d'Angleterre et de quelques autres ouvrages locaux à la direction du MAS et de la Fédération des CLSC du Québec pendant ces mêmes années.[4] En fait, nous trouvons l'occasion de préciser ici que le nouveau discours communautariste n'était pas le monopole du gouvernement du PQ et du MAS. On le retrouve entre autres au sein de plusieurs organismes bénévoles et communautaires qui avaient souffert, au cours des années 1970, de la propension dans divers milieux , à valoriser le secteur public et à dévaloriser le secteur privé. [5]

Le discours communautariste imprègna de façon encore plus saisissante une série de documents officiels publiés par le MAS en 1985; nous faisons référence notamment à ces textes traçant les politiques du ministère par rapport à la santé mentale (1985a), aux personnes âgées (1985c) et aux femmes victimes de violence (1985b).

Suite aux élections de décembre 1985, le PQ a continué à astiquer ce discours dans l'opposition. [6] Par contre, le Parti libéral, depuis son arrivée au

---

3 Voir par exemple, FCLSCQ (1983), LALONDE (1986:25-26, 34).

4 Le Rapport BARCLAY (1982), peu de temps après sa sortie en Angleterre, circula rapidement dans certains milieux au Québec. Dès l'automne 1983, par exemple, Monsieur Hector OUELLET de la Fédération des CLSC publiait un article à ce sujet (1983). Nous replaçons dans le même contexte la popularite au MAS et à la FCLSCQ d'un ouvrage de Jérôme GUAY (1984). Sur ces questions, voir aussi BOURQUE (1985 et 1987) et MATHIEU (1987).

5 Voir CENTRAIDE MONTREAL (1986) et le REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DU MONTREAL METROPOLITAIN (1986).

6 Voir PQ (1986: 20): «ayant constaté les limites et les effets negatifs de l'assistance institutionnelle, nous devrions connaître un renouveau de l'initiative individuelle ou communautaire. Les exemples en ce sens sont nombreux au Québec;» voir aussi (1986: 28-33).

pouvoir, s'est montré moins assuré et plus ambivalent au niveau de la capacité de faire sien le discours communautariste. Par exemple, ce registre était singulièrement absent des trois "Rapports des sages" publiés au début de l'été 1986.

2.2. Le discours favorable à l'entreprise privée

Toutefois, le nouveau gouvernement libéral semble plus à l'aise à l'intérieur du discours favorable à la privatisation de type plus commercial. C'est ici qu'apparaît la **deuxième vague** annoncée plus haut. Certes, comme nous l'avons indiqué dans notre introduction, dans le discours gouvernemental, depuis 1985, on fait référence plus ouvertement à la privatisation des sociétés d'Etat qu'à celle des services étatiques. Mais nous faisons l'hypothèse que le discours favorable à la privatisation prise de façon plus globale finit par alimenter un penchant idéologique favorable à la privatisation en référence aux services publics en général et aux services sociaux en particulier. Le discours sur la privatisation des services sociaux est loin d' être devenu le discours officiel du gouvernement. Il n'en demeure pas moins un discours qui revient dans les propos et les écrits de quelques ministres influents (dont Paul Gobeil) et de quelques personnalités du monde des affaires connues comme étant d'obédience libérale (dont Claude Castonguay).

Contentons-nous de signaler que dans le **Rapport Gobeil** publié en juillet 1986, la section sur les services socio-sanitaires se trouvait traversé par un préjugé fort favorable à la privatisation de type commercial.[7] Ce

[7] Voir GOBEIL (1986: 31-35) et Y. VAILLANCOURT in Le Devoir, le 4 août 1986.

rapport, entre autres, recommandait «la possibilite de confier a des firmes externes la gestion complete d'hôpitaux», «la privatisation des centres hospitaliers de taille petite ou moyenne», «l'utilisation plus poussee de la politique du "faire faire" en confiant par contrat a des firmes privees la gestion de services de soutien». Jusqu'ici les suggestions concernent plus specifiquement le secteur hospitalier. Mais nous aurons compris qu'elles valent tout aussi bien pour le secteur des services sociaux. D'ailleurs, au moment de faire reference plus explicitement aux services sociaux, le rapport ne manqua pas de manifester sa sympathie pour le secteur prive a but lucratif, en soulignant au passage la legitimite des 60 centres d'accueil prives sur un total de 236 et en precisant que «cette formule mixte d'etablissements prives et publics devrait être maintenue dans les developpements futurs de services.» (GOBEIL, 1986: 34).[8] Dans la meme veine, le Rapport Gobeil, apres avoir constate la concurrence entre les CLSC urbains et les polycliniques privees, propose de gerer cette contradiction en eliminant tout simplement les services medicaux des CLSC urbains, ce qui revient a conferer la priorite au prive de type lucratif versus le public (1986: 34). Quant aux CRSSS, on s'empresse, apres avoir rappele quelques unes des critiques dont ils sont l'objet, de recommander leur abolition pure et simple (1986: 35).Ajoutons finalement que le spectre de la privatisation commerciale plane aussi sur la Commission de la sante et de la securite au travail, dans la mesure ou le Rapport Gobeil preconise une reforme qui permettrait aux employeurs assures de s'adresser a des compagnies privees d'assurance tout autant qu'a la societe publique d'assurance relevant de la

[8] Les 60 centres d'accueil privés auxquels se refere le Rapport Gobeil sont les Centres d'accueil privés conventionnés. Donc, les centres d'accueil privés autofinances ne sont pas pris en consideration.

Commission elle-même (1986: 39). Ces propos favorables a la commercialisation des services sociaux, on les retrouve egalement, ces annees-ci, dans la bouche de personnalites du monde des affaires identifiees au Parti Liberal du Quebec, dont Claude Castonguay, president de la compagnie d assurance La Laurentienne.Ce dernier, en avril 1985, dans une serie de deux articles qu'il publiait dans le journal **Le Devoir**, mettait de l avant l idee de recourir au principe de la sous-traitance --le ***contracting out*** -- dans le secteur hospitalier et il vantait les possibilite des centres d accueil prives:

> Le développement des ressources et équipement nécessaire pourrait être amélioré en permettant et en incitant le secteur privé a créer et à administrer certains types d'établissements.
> [...]La démonstration est faite très clairement aux Etats-Unis et dans d'autres provinces canadiennes a l'effet que le secteur prive pourrait fort bien développer des ressources très adéquates pour satisfaire une grande partie des besoins d'hébergement des personnes âgées et des malades chroniques. Pour atteindre cet objectif, il suffirait de réviser la législation et la réglementation existente et d'introduire au besoin certains incitatifs dans la fiscalite afin de developper le developpement des ressources nécessaires. (CASTONGUAY, 1985).

N'est-il pas étonnant de lire ces propos en provenance d'un homme dont le nom, quinze années auparavant, avait été associée a ces pages du Tome II du Volume VII du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, pages qui etaient si sévères et dévastatrices à l'endroit du secteur privé à but lucratif

dans le domaine de la santé et du bien-être?[9]Il convient sans doute de le reconnaître: de 1970 à 1985, les temps ont changé. Le discours en faveur du secteur privé à but lucratif, hier acculé à la défensive, semble, comme le dit l'adage populaire, « reprendre du poil de la bête» et redevenir à la mode au terme de quinze ans de disgrâce.

Conclusion: les changements de pratiques

Les chapitres qui suivent sur le développement de pratiques de privatisation au cours des années 1980, dans les domaines des services sociaux aux jeunes, aux personnes âgées et aux femmes nous fournirons autant d'occasions de démontrer comment les deux vagues de discours favorables à la privatisation qui apparurent au cours des années 1980 se sont effectivement traduites dans les processus concrets de privatisation, les uns de type communautaire, les autres de type commercial.

Déjà, dans ce chapitre et le précédent, à partir de ce que nous avons dit sur les compressions budgétaires touchant la livraison des services sociaux publics, il est possible d'entrevoir comment le premier élément de la définition de la privatisation, soit le désengagement de l'Etat, semble

---

[9] La trajectoire idéologique de Monsieur Claude Castonguay, au cours des quinze dernières, n'est pas sans rappeler celle de Monsieur Brooke Claxton, le premier titulaire du ministère de la santé nationale et du bien-être social à Ottawa. Au cours des années 1940, ce dernier était connu comme un ardent réformiste social à l'intérieur du parti libéral fédéral et du cabinet de Mackenzie King; à la fin de la Deuxième Guerre, par exemple, Claxton défendait la nécessité de l'assurance santé publique. Mais au milieu des années 1950, il s' était rassagi et il défendait des positions beaucoup plus conservatrices au niveau des politiques sociales.Il faut ajouter que lui aussi avait quitté la politique active pour prendre la direction d'une importante compagnie privée d'assurance, la Metropolitan Life. Sur la carrière de Brooke Claxton, voir l'index dans WHITAKER (1977).

avoir été une composante importante du virage stratégique amorcé par l'Etat québécois, depuis le tournant des années 1970 et 1980, tant au niveau du discours que de l'action. Il nous reste à démontrer cependant que le deuxième élément de notre définition, soit la relève assumée par le secteur privé, se trouva tout autant présent que le premier et cela, dans la pratique tout autant que dans le discours. A ce sujet, il est intéressant de mettre en relief une donnée qui fut présentée de façon rapide dans notre section sur les compressions budgétaires. **Nous faisons référence à l'implication du MAS/MSSS, notamment depuis la fin des années 1970, dans le soutien aux organismes bénévoles et communautaires**. Nous avons eu l'occasion de constater au passage que ce poste budgétaire est celui qui a connu la plus forte croissance en pourcentage au cours des années 1976-77 à 1985-86 dans le budget du MAS/MSSS, soit une croissance de l'ordre de 266% (cf. tableau 3). Or, si les chiffres rapportés ci-dessus tenaient compte également du soutien aux organismes bénévoles de maintien à domicile, nous pourrions affirmer que de l'année 1979-80 à l'année 1986-87, le budget global du soutien aux organismes bénévoles et communautaires relevant du MAS/MSSS est passé de 5 à 25.7 millions $, ce qui représente une augmentation de 414 % en huit années. [10]

[10] Nous considérons que les données du tableau 3 concernant le soutien aux organismes bénévoles n'incluent pas, pour l'année 1985-86, les sommes affectées au programme de soutien aux organismes bénévoles de maintien à domicile inauguré au cours de l'année 1979-80. Or, en tenant compte du fait que cette enveloppe budgétaire était de 5 millions $ en 1986-87, nous considérons que l'ensemble du budget du soutien aux organismes bénévoles et communautaires était de 5 millions de $ en 1979-80 et de 25.7 millions $ en 1986-87. D'ailleurs, ce dernier montant était officialisé dans les Renseignements supplémentaires sur le budget présentés par le Conseil du trésor le 25 mars 1986: (QUEBEC, 1986a: 56).

Or, ce développement du soutien aux organismes bénévoles et communautaires orchestré et encadré par le MAS/MSSS, c'est-à-dire par l'Etat provincial, s'inscrit très bien dans notre problématique de la privatisation. En effet, cette apparition d'un programme nouveau soutenu politiquement et financièrement par le gouvernement du Québec signifie que l'Etat s'engage non pas dans la livraison des services par le secteur public, mais dans le financement d'une livraison de services sociaux assumés par le secteur privé de type bénévole et communautaire. C'est ici que se retrouve le deuxième élément de notre définition de la privatisation, soit la relève assumée par le secteur privé --dans ce cas à but non lucratif--En somme, en même temps que le gouvernement se désengage dans la livraison de services, il s'engage financièrement, idéologiquement et politiquement pour favoriser une relève privée.

Mais le désengagement de l'Etat n'a pas favorisé uniquement le développement de pratiques de privatisation de type communautaire. Il a favorisé également, et cela est devenu plus évident depuis 1985, l'émergence de pratiques de privatisation de type commercial. Le pendant du plafonnement, voire de l'érosion des services sociaux publics au Quebec pendant les années 1980, c'est aussi le développement de pratiques de type commercial. Nous aurons l'occasion de constater, dans nos chapitres 5 et 6, que la commercialisation des services sociaux se développe présentement à vive allure dans le domaine des services concernant les personnes âgées, qu'il s'agisse de services d'hébergement ou de maintien à domicile.

Au cours de l'année budgétaire 1986-87, le budget global du soutien aux organismes communautaires et bénévoles connaît un coup de frein

majeur, en connaissant une augmentation de l'ordre de 2.8%,[11] ce qui représente une augmentation fort minime et négligeable, le moindrement que l'on compare avec la croissance de l'année antérieure qui avait été de l'ordre de près de 40%. Ce gel de l'enveloppe budgétaire utilisée par le MSSS pour soutenir les organismes bénévoles constitue un indice parmi d'autres d'un récent changement de stratégie qui ferait que le nouveau gouvernement libéral serait, comparativement au gouvernement précédent, plus favorable à la privatisation de type commercial qu'à la privatisation de type communautaire. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

[11] D'après les chiffres précis qui nous ont été fournis par le Service de soutien aux organismes bénévoles du MSSS, l'enveloppe budgétaire globale de ce service aurait été de 18.2 millions $ en 1984-85, de 25.4 millions $ en 1985-86 et de 26.2 millions $ en 1986-87.

BIBLIOGRAPHIE

BARCLAY, Peter M. (1982), Social Workers, Their Role & Tasks, Bedford Square Press, London, 283 p.

BOURQUE, Denis (1985), «L'approche communautaire en CLSC: les enjeux en cause et les conditions requises», in Service social, Vol. 34, Nos 2 et 3, pp. 328-339.

BOURQUE, Denis (1987), «L'approche communautaire en CLSC: deux grands courants», SPAN, Revue canadiennne de politique sociale, Nos 16-17 (oct. 1986-jan. 1987), pp. 118-124.

CARRIER, Denis (1980), «Un toit d'abord», in Carrefour des affaires sociales, Vol. 1, No 4 (octobre 1980), MAS, Québec, pp. 11-12.

CASTONGUAY, Claude (1985), «L'universalité des programmes sociaux» in Le Devoir, les 22 et 23 avril 1985.

CENTRAIDE MONTREAL (1986), Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Centraide, Montréal,mars 1986, 40 p.

DESCHENES, Jean-Claude (1979), «Un an après son arrivée, le sous-ministre Deschênes rompt le silence...», entrevue faite par Michel Pilon, in Carrefour des affaires sociales , Vol. 1, No 2 (février 1979), MAS, Québec, pp. 13-19.

DOUCET, Jean-Guy, «Un réseau déjà trop maigre», in Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No 1 , (déc. 1981), pp. 28-30.

FEDERATION DES CLSC DU QUEBEC [FCLSCQ] (1983a), Les mutations de l'Etat-providence et le devenir des CLSC, FCLSCQ, Montréal, 60 p.

FCLSCQ (1983b), Le développement de "services sociaux locaux": un nouveau mode d'organisation du système de distribution de services, FCLSCQ, Montréal, 28 p.

GOBEIL, Paul (1986) --pour Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales présidé par Paul Gobeil--, Rapports, Conseil du trésor, Québec, 47 p.

GUAY, Jérôme (1984), L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle, Gaëtan Morin éditeur, Chicoutimi, 237 p.

JOHNSON, Pierre-Marc (1981a), "Les compressions budgétaires" dans le domaine des affaires sociales, Cabinet du ministre, MAS, Québec, septembre 1981, texte dactylographié, 8 p.

JOHNSON, Pierre-Marc (1981b), Pour un développement ordonné du réseau des affaires sociales, Cabinet du ministre, MAS, Québec, novembre 1981, texte dactylographié, 9 p.

JOHNSON, Pierre-Marc (1981c), «De la syndical-bureaucratie à la social-démocratie», Un entretien avec P.-M. Johnson, in Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No 1 (déc. 1981), MAS, Québec, pp. 10-16.

LALONDE, Carole (1986), Les CLSC face aux enjeux des années 90': une nécessaire consolidation, FCLSCQ, Montréal, 48 p.

LAZURE, Denis (1979), «Au mitan d'un mandat. Une entrevue de Denis Lazure réalisée par Michel Pilon», in Carrefour des affaires sociales, Vol. 1, No 4, (sept. 1979), pp. 17-23.

MAS (1979), Les services à domicile. Politique du ministère des affaires sociales, MAS, Québec, novembre 1979, 30 p.

MAS (1981), Le réseau des CLSC au Québec: un parachèvement qui s'impose. Politique du ministère des affaires sociales, MAS, Québec, avril 1981, 26 p.

MAS (1984a), Le partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux, MAS, Québec, juin 1984 (date de la dernière édition puisque la première édition était sortie en décembre 1983), 59 p.

MAS (1984b), L'Etat et les affaires sociales: Stabilités et changements, MAS, Direction de l'évaluation des programmes, juillet 1984.

MAS (1985a), Pour une réflexion sur la santé mentale. La santé mentale à nous de décider. Proposition d'un plan d'action, MAS, Québec, 142 p.

MAS (1985b), Une politique d'aide aux femmes violentées, MAS, Québec, 59 p.

MAS (1985c), Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des affaires sociales à l'égard des personnes âgées, MAS, Québec, 61 p.

MAS (1985d), Le système de santé et de services sociaux au Québec. Annexe statistique, MAS, Direction des communications, Québec, 102 p.

MASSE, Micheline (1980), «Le maintien à domicile des personnes âgées» in Carrefour des affaires sociales Vol. 1, No 4 (oct. 1980), MAS, Québec, pp. 13-14.

MATHIEU, Réjean (1987), «Le professionnalisme et l'aide naturelle», in SPAN. Revue canadienne de politique sociale, Nos 16-17 (oct. 1986-jan. 1987), pp. 124-131.

MSSS (1985), Evolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1976-1977 à 1985-1986, MSSS, Direction de l'évaluation des programmes, Québec, novembre 1985, 43 p.

ONTARIO (1983), 1983 Ontario Budget. Presented by the Hon. Frank S. Miller, May 10, 1983, Toronto, 87 p.

OUELLET, Hector (1983), «Filet de secours ou support communautaire», in Le Devoir, 22 octobre 1983.

OUIMET, Pierre (1981), «Pour freiner l'hémorragie» in Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No 1 (déc. 1981), pp. 24-25.

PARTI QUEBECOIS [PQ] (1986), L'Etat et la social-démocratie. Document de réflexion, Commission nationale du programme du Parti Québécois, texte dactylographié, 53 p.

QUEBEC (1978), Budget 1978-1979. Discours sur le budget, Ministère des finances, Québec, le 18 avril 1978, 59 p. + annexes.

QUEBEC (1979a), Budget 1979-1980. Renseignements supplémentaires. Crédits, Conseil du trésor, Québec, le 27 mars 1979, 53 p.

QUEBEC (1979b), Budget 1979-1980. Discours sur le budget, Ministère des finances, Québec, 51 p. + annexes.

QUEBEC (1980), BUDGET 1980-1981. Discours sur le budget, Ministère des finances, Québec, 49 p. + annexes.

QUEBEC (1981a), Budget 1981-1982. Renseignements supplémentaires. Crédits, Conseil du trésor, Québec, le 10 mars 1981, 48 p.

QUEBEC (1981b), Budget 1981-1982. Discours sur le budget, Ministère des finances, Québec, 42 p. + annexes.

QUEBEC (1982), Budget 1982-1983. Renseignements supplémentaires. Crédits, Ministère des finances, Québec, 59 p. + annexes.

QUEBEC (1985), Livre blanc sur la fiscalité des particuliers, Gouvernement du Québec, Ministère des finances, Québec, 398 p.

QUEBEC (1986a), Budget 1986-1987. Renseignements supplémentaires. Crédits, Conseil du trésor, le 25 mars 1986, 61 p.

QUEBEC (1986b), Budget 1986-1987. Discours sur le budget et Renseignements supplémentaires, Ministère des finances, Québec, le 1er mai 1986, 28 p. + annexes.

REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DU MONTREAL METROPOLITAIN (1986), Mémoire présenté à la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux au Québec, Montréal, mai 1986, 23 p.

ROBITAILLE, Georges (1981), «Pour le maintien des services essentiels» in Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No 1 (déc. 1981), pp, 26-27.

ST-PIERRE, Marc-André (1985), Evolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1976-77 à 1985-86, Direction générale de l'évaluation et de la planification du MAS, Québec, novembre 1985, 43 p.

VAILLANCOURT, Yves (1984), «Les transferts de ressources CSS-CLSC: les infléchir ou les bloquer? in SPAN,Revue canadienne de politique sociale, No 12 (décembre 1984), University of Regina, pp. 14-17.

VAILLANCOURT, Yves (1987), «Le cas du Québec», chapitre de 48 pages dactylographiées à paraître dans ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y., éditeurs, Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, printemps 1988.

VAILLANT, Jeanne-d'Arc (1983), La pratique sociale de demain au Québec, Communication présentée au congrès interrégional de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, Québec, 21 octobre 1983, texte dactylographié, 25 p.

WHITAKER, Reginald (1977), The Government Party. Organizing and Financing the Liberal Party of Canada 1930-58, University of Toronto Press, Toronto.

Chapitre 4

Les pratiques de privatisation dans les services sociaux aux jeunes.

Introduction

Le présent chapitre traite de la question des services sociaux aux jeunes. Ces derniers sont regroupés à l'intérieur de deux grandes catégories: d'une part, il y a les services plus institutionnels, soit les services de réadaptation qui relèvent des centres d'accueil de réadaptation (CAR) et les services de protection qui relèvent des Centres de services sociaux (CSS) . D'autre part, il y a les services plus communautaires qui tendent à rejoindre les jeunes dans leur milieu de vie naturel; ces services sont dispensés par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et, principalement, par les organismes communautaires jeunesse (OCJ).

Dans la catégorie des services plus institutionnels, nous trouvons l'ensemble des services offerts dans le cadre de la Loi --provinciale--de la Protection de la jeunesse et de la Loi --fédérale-- des jeunes contrevenants. Ces deux pièces de législation ainsi que le Rapport BATSHAW (1975) constituent des repères majeurs pour dégager les orientations qui prévalent présentement dans le domaine des services sociaux aux jeunes.

Dans la deuxième catégorie de services aux jeunes que nous avons étudiés, à savoir le secteur plus communautaire, nous retrouvons une diversité de groupes et d'approches qui interviennent principalement au

niveau de la prévention. Il s'agit des organismes communautaires jeunesse (OCJ) oeuvrant, tantôt dans le but de prévenir la délinquance, tantôt pour faciliter l'intégration des jeunes sur le marché du travail. Dans d'autres organismes, le travail est aménagé dans le but de favoriser pour les jeunes l'accessibilité aux activités de loisir. Le point de convergence de ces organismes communautaires se ramène à une conception commune des interventions : les OCJ regroupés dans le Regroupement des organismes communautaires jeunesse de Montréal métropolitain (ROCJMM) et le Regroupement des Maisons de jeunes du Québec (RMJQ) se définissent comme des organismes **d'appropriation**, c'est-à-dire comme des organismes qui cherchent à agir sur les modes de vie des jeunes.

Historiquement, lors de la mise en place des établissements du secteur public et plus particulièrement des CSS , une grande partie des activités des organismes communautaires jeunesse furent intégrées au réseau public des services sociaux (cf. entrevues avec G. Tardif et J. Lajoie) . Par la suite, en 1977, des éléments d'une politique ministérielle définissant les grandes orientations et politiques de subventions aux organismes communautaires fut adoptée. De cette politique, il ressortait que les organismes communautaires (OC) devaient se situer "en complémentarité avec les programmes existants" (MAS, 1978: 46). D'ailleurs en 1980-81, le MAS réaffirmait cette optique en ajoutant comme critère de sélection que les organismes communautaires devaient "diversifier les modes de distribution de services susceptibles d'assurer le prolongement des services de santé et des services sociaux" (MAS, 1981 : 71).

Ces quelques repères seront utiles, tout au long de ce chapitre. Nous tenterons, par ailleurs, de saisir quels rapports il y a entre les

établissements et les organismes associés à la réadaption et ceux qui font de la prévention.

Dans le secteur des services publics touchant principalement la réadaptation et la protection, nous nous arrêterons, dans un premier temps, sur les activités des centres d'accueil de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs (CARMSA). Dans un deuxième temps, nous etudierons les activités des centres des services sociaux (CSS). Enfin, nous examinerons les services sociaux offerts aux jeunes par les CLSC.

En ce qui a trait au secteur des organismes communautaires jeunesse, notre démarche se concentrera essentiellement autour des rapports entre les OCJ, les institutions publiques et le MSSS.

En dernier lieu, nous dégagerons quelques enjeux en matière de privatisation dans les services sociaux aux jeunes.

1.Les centres d'accueil de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs (CARMSA)

1.1. Quelques éléments d'histoire

Dans les centres d'accueil de réadaptation, la seconde moitié des années 70 est particulièrement significative lorsque l'on parle de la construction d'un réseau de services de réadaptation pour jeunes. L'apport de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est de permettre la mise en place des pièces qui, ultérieurement, constitueront un réseau organisé de services de réadaptation. Même si la réforme des années 1970 devait malmener le secteur privé à but lucratif, quelques centres d'accueil de réadaptation privés pour personnes handicapées perdurèrent jusqu'à aujourd'hui. Au total, il en reste sept. Selon Monsieur Gratien AUDET, Directeur de la division de la réadaptation au MSSS, "la réduction du

secteur privé amorcée en 1974, se poursuit depuis ce temps. Ainsi, de nombreux établissements ont été fermés et plusieurs autres ont été intégrés au secteur public" (1984:2). Il importe de rappeler que la "déprivatisation" de plusieurs centres d'accueil de réadaptation fut accélérée par des pressions sociales et syndicales (cf. entrevues avec P.P. Roy et Y. Lessard).

Par ailleurs, dans le secteur public naissant, plusieurs problèmes se posaient également. Monsieur Pierre-Paul Roy, éducateur au Centre d'accueil Cité des Prairies depuis 1973 et engagé depuis plusieurs années dans les structures syndicales, témoignait, en entrevue, du fait que plusieurs événements obligèrent l'Etat à intervenir, dans la première moitié des années 1970, face aux centres d'accueil de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs. Quelques événements particuliers, selon P.-P. Roy sont à retenir. Il y a, en 1973-74, l'éclatement d'un scandale concernant la gestion des budgets du CA St-Vallier. Une grève coordonnée de cinq centres d'accueil réclame la fermeture de cet établissement. Les dénonciations s'articulent autour de cinq thèmes, soit l'utilisation excessive du trou; le manque de professionnalisme; l'absence de programmation; l'absence de formation du personnel; l'absence de recyclage. P.-P. Roy poursuit en nous rappelant qu'au cours de l'année 1974, deux autres scandales éclatent sur la place publique. Le Centre d'accueil Berthelet est fermé suite à une émeute. Ensuite, au CA Notre-Dame de Laval, il y a une dénonciation de la trop grande utilisation du trou pour les filles. (Cf. entrevue avec P.-P. Roy).

Il est intéressant de citer également, sur cette question, Marc LEBLANC et Denis SZABO, tous deux professeurs-chercheurs à l'Ecole de criminologie de l'Université de Montréal:

> Les internats vivaient des difficultés majeures, plus particulièrement à Notre-Dame de Laval et à Berthelet. C'est dans ce contexte de crise que fut mis sur pied le Comité Batshaw (1976). Le rapport de ce comité d'étude constitue la première véritable formulation d'une politique sociale concernant l'utilisation des internats pour les enfants et adolescents du Québec. Après une étude de la population et de ses besoins, il enchaîne avec un bilan exhaustif de l'état des services, puis il formule des recommandations précises sur les évaluations et décisions concernant le jeune, l'action des centres d'accueil et, plus particulièrement, sur la réinsertion sociale, les services complémentaires, les droits des enfants, l'organisation du réseau, l'évaluation et l'accréditation. (1985: 368)

A partir des témoignagnes de certaines personnes que nous avons interviewées, le Rapport Batshaw nous semble avoir eu plusieurs retombées dont celles de favoriser la diversification des services, l'élévation du niveau de formation des éducateurs, le développement de programmes de réadaptation, la revalorisation de la formation scolaire des jeunes et le développement des ressources.

L'identification du besoin de développer des ressources, de mobiliser des énergies, s'inscrit dans la perspective de mettre en place une série de moyens favorables à la réadaptation. Dans le Rapport, il est stipulé "qu'on pourrait construire un continuum entre les mesures résidentielles" (BATSHAW, 1975 : 24), c'est-à-dire les familles d'accueil, les foyers de groupes, les institutions et autres...).

Le chapitre IV du Rapport Batshaw est consacré à l'énumération d'une liste de mesures à développer. Cette liste comprend douze mesures devant être mises de l'avant dans chaque région à l'échelle du Québec, et

cela en laissant de la place à l'imagination et à la diversité. Ces douze mesures sont les suivantes :

> L'auberge, la punition et la réparation, la probation, la réadaptation communautaire, l'assurance aux parents, la réadaptation en milieu scolaire, la réinsertion sociale, le centre de jour, la famille d'accueil, le foyer de groupe, l'institution et le centre sécuritaire (BATSHAW,1975 : 24).

De plus, il se dégage de l'ensemble du rapport une nouvelle conception[1] des CARMSA, à savoir "une structure ouverte distribuant des services variés afin de donner des services en milieu libre" (1975 : 39) . Dès 1977, le gouvernement apporte une modification à sa définition du centre d'accueil. Celui-ci doit désormais mettre en oeuvre une pratique de réinsertion sociale (FOUCAULT, 1984a: 34). De plus, l'adoption de la Loi de la protection de la jeunesse introduit, selon Marc LEBLANC, des transformations majeures dans le système de la justice:

> Cette loi québécoise permet de poursuivre cinq objectifs [...] La décriminalisation, le respect des droits, l'implication, la communauté, la déjudiciarisation et la désinstitutionnalisation. (1985 : 131).

Cette nouvelle législation entra en vigueur au tournant de l'année 1978-79. Aux yeux de FOUCAULT, elle venait "consacrer le primat de l'intervention sociale sur l'intervention judiciaire, s'inscrivant ainsi dans un mouvement amorcé au début du siècle (1984a: 65). Cette nouvelle orientation fut très controversée à l'époque par les juges et les policiers (cf. entrevue avec J. Lajoie). Elle fut cependant quelque peu diluée par l'adoption, en 1984, de

---

[1] Cette conception du centre d'accueil de réadaptation était partagée par plusieurs intervenants. Le ministre Forget et le centre d'accueil de Boscoville adhéraient entre autres à cette définition.

la Loi des jeunes contrevenants. Selon Monsieur Jean Lajoie, conseiller en gestion des programmes à la direction des services professionnels auprès du directeur de la protection de la jeunesse au CSSMM, cette loi fédérale crée l'équilibre entre les droits des jeunes et ceux de la société. Elle incite à prendre en considération la protection de la société dans le choix des méthodes d'intervention auprès des contrevenants (cf. entrevue avec J.-M. Carette). D'après Marc LEBLANC, la législation fédérale poursuit les mêmes objectifs que la LPJ (1985: 130). Cependant, parmi les personnes que nous avons interviewées, certaines avaient une vision assez critique de la signification de la Loi des jeunes contrevenants. Par exemple, Monsieur Gilles Tardif, Secrétaire exécutif du Bureau de consultation jeunesse (BCJ) considère qu'elle s'inscrit "dans la gestion étatique coercitive des risques" et favorise hautement la judiciarisation du social (cf. entrevue avec G. Tardif).

Or, la mise en place des lois qui concernent la jeunesse au Québec, s'effectue dans un contexte où l'Etat est très actif:

> L'Etat s'est graduellement investi de la responsabilité presque totale d'offrir la gamme complète des services devant répondre aux différents problèmes sociaux (AUDET, 1985a : 8).

Cependant, cette situation change peu à peu. D'une conception favorable à une approche complémentaire des ressources privées qui orientent leurs actions dans le champ de la prévention, tel qu'articulé dans le chapitre VI du Rapport BATSHAW (1975: 37-42), on passe graduellement à une approche de la complémentarité qui privilégie l'apport des ressources privées dans la livraison des services de réadaptation (AUDET, 1985a).

> L'avénement de la crise économique et budgétaire des années 1980, nous amène peu à peu à une révision des interventions étatiques. L'approche de l'Etat-providence est en train de céder le pas à une nouvelle approche davantage communautaire qui devrait contribuer à établir un certain équilibre entre le passé et le présent dans une perspective d'avenir (AUDET, 1985a: 11).

L'approche communautaire fait appel à une concertation avec les autres institutions du réseau --CLSC, CSS... -- et les regroupements volontaires (cf. AUDET, 1985a : 15). Cette approche s'inscrit dans un contexte où "on doit finalement rechercher un nouvel équilibre en essayant de faire plus avec moins" (AUDET, 1985a : 10).

Cette orientation est confirmée par Monsieur Paulin Dumas, Sous-ministre adjoint à la direction générale des programmes de services sociaux au MSSS, dans une allocution qu'il a prononcée a propos de la consolidation des services pour les jeunes mésadaptés socio-affectifs, en mai 1986. Dans cette allocution, il fait ressortir que le choix social "consacrant un principe de **réadaptation communautaire**" avait ete avancé d'abord dans le Rapport Batshaw . Par la suite, ce principe est réaffirmé d'une part dans la Loi de la protection de la jeunesse --1979-- et d'autre part en 1984 lorsque le MAS confie aux CAR la responsabilité de la garde prévue par la Loi des jeunes contrevenants (DUMAS, 1986 : 13-21). Toujours selon Paulin Dumas:

> Cette façon de voir la readaptation considere en fait que tous les réseaux et les ressources dans lesquels évolue l'enfant doivent être pris en considération dans le traitement des difficultés (1986 : 16).

Il semble donc que ces propos s'inscrivent à l'intérieur d' une perspective de désinstitutionnalisation qui privilégie le recours aux

organismes non gouvernementaux. Pour saisir comment s'articule cette orientation dans la réalité de tous les jours, il est utile d'examiner trois réalités particulières, soit les fondations, les ateliers de travail et les foyers de groupes.

1.2. Les fondations: des excroissances de l'institution

Les fondations des centres d'accueil sont des corporations sans but lucratif, incorporées en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., c. 38). Elles servent à organiser des campagnes de levées de fonds et permettent la tenue d'activités. La première fondation de réadaptation à voir le jour fut la Fondation Cité des prairies. Elle a été établie en 1981 (CENTRE D'ACCUEIL CITE DES PRAIRIES, 1985 : 47). Aujourd'hui, la plupart des CARMSA ont mis sur pied une fondation ou sont en voie de l'obtenir (cf. entrevue avec J.M. Carette). Quoique la Fondation Boscoville fut créée en 1979, elle est en activité seulement depuis 1983. Selon M. Carette, Directeur général du CA Cité des prairies, le Rapport Batshaw, la Loi de la protection de la jeunesse et les compressions budgétaires ont obligé le centre à être plus créateur. Ainsi, des services externes ont été développés et des projets ont pu naître grâce à la Fondation.

> La force créatrice et financière de la Fondation permettra une réponse adaptée aux besoins des jeunes et une continuité du support en fin de séjour et après (CA Cité des prairies, 1985 : 47).

La force financière d'une fondation est, d'une part, d'opérer des campagnes de levées de fonds dans le secteur privé auprès des entreprises et des

particuliers et, d'autre part, d'accéder à des subventions du gouvernement. La Fondation Boscoville obtient 1/3 de son financement du MSSS sous forme de subvention, 1/3 provient de l'entreprise privée et l'autre 1/3 est assumé par les participants aux activités.[2]

La force créatrice de la fondation d'un CAR réside dans sa capacité de :

> mettre sur pied des programmes novateurs différents de ceux déjà existants au centre. Ces programmes s'adresseront directement aux jeunes délinquants qui y sont admis. De plus, nous voulons explorer de nouvelles voies d'intervention pour ces jeunes (FONDATION LA CITE DES PRAIRIES.)

Il nous faut nuancer cette affirmation, car certaines fondations élargissent davantage leur champ d'activité. Par exemple, la fondation du CA Boscoville s'adresse à l'ensemble des jeunes en difficulté a travers le Québec. Occasionnellement, les jeunes du centre d'accueil y participent.

Interrogé quant à la signification des fondations par rapport a la privatisation, Monsieur Gaston Nadeau, responsable de l'analyse et du contrôle budgétaire à la réadaptation au MSSS, s'exprime de la façon suivante :

> C'était pas tellement pour creer des choses privées comme plutôt pour se soustraire aux contrôles gouvernementaux. Tu crées une corporation parallèle qui, elle, n'est pas sujette aux règles et qui te permet d'acquérir des bâtisses sans passer par toute la panoplie des décrets gouvernementaux. Cela devenait une fondation, donc quelque chose... qui a pour but

---

[2] Ces donnees nous ont ete gracieusement communiquees par Madame Madeleine Bourdeau , dans une conversation telephonique faite avec Madame Raymonde Bourque, documentaliste de notre equipe de recherche, le 20 mars 1987.

> d'aller chercher de l'argent... et cela devenait aussi un facilitateur. Dans ce sens, ça peut être interprété comme une espèce de privatisation. Mais à l'époque, je ne pense pas que les gens parlaient de privatisation quand ils créaient ces corporations, c'était plus un facilitateur pour accélérer les choses ou pour aller chercher peut-être des subventions dans le privé; c'était aussi pour lancer des campagnes de souscriptions.[...]
> Donc c'était beaucoup plus des organismes de levée de fonds, si on peut dire, pour appuyer les objectifs du centre d'accueil, bien sûr. (Entrevue avec G. Nadeau)

M. Gratien Audet du MSSS nous expliquait, lui aussi, que les fondations sont des moyens de contourner les normes. Par exemple, la fondation Cité des prairies a mis sur pied, pour les anciens bénéficiaires, une maison de dépannage --**Regain**--, ouverte 24 heures sur 24, 7 jours par semaine : les jeunes de plus de 18 ans peuvent y être hébergés. Il y a donc éclatement des barrières d'âges fixées par les lois régissant la réadaptation. La fondation n'est pas assujettie aux normes gouvernementales. De plus, selon Monsieur J.-M. Carette, les fondations permettent d'initier les activités qui, une fois rodées, seront intégrées au CA. De cette manière, la fondation peut développer de nouveaux programmes (cf. entrevue avec J.M. Carette). Elle est un partenaire du CA et, en ce sens, il nous est arrivé de ne plus être en mesure de distinguer si une activité était sous la responsabilité du centre d'accueil, de la fondation, ou encore des deux à la fois. L'examen des plateaux de travail à la Cité des prairies permet de donner un exemple de ces zones grises possibles entre les CA publics et les fondations privées.

1.3. Les plateaux de travail

Les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs ont développé des activités promouvant la réadaptation par la formation de travail. A Cité des prairies, ces activités sont , **à l'interne**, de la menuiserie (remise à jardin, maisons mobiles), de la soudure (articles de foyer, "track-o-aid"), de la coupe de bois (pour foyer, livraison et coupe de bois d'allumage). **A l'externe**, il y a un atelier de rembourrage(chaises de bureau, fabrication de chaises de repos) et un atelier de menuiserie (fabrication de meubles de jardins, d'armoires et meubles de mélamine) (cf.CA CITE DES PRAIRIES, 1985 : 34-35).

Selon les mêmes sources, les formations au travail sont rattachées aux activités du centre d'accueil. Par ailleurs, 2.5% (456 655$) du budget du CA Cité des Prairies est alloué au service d'apprentissage aux habitudes de travail (1985 : 37). Par contre, lors d'entrevue avec M. J.M. Carette, celui-ci nous disait qu'il y avait une corporation des ateliers qui comprend les ateliers de bois, de rembourrage et de menuiserie. Cette corporation est sans but lucratif. Les profits sont donc redistribués à la fondation ou réinvestis dans un autre atelier. Le financement des ateliers est complète par le paiement de pensions par les jeunes bénéficiaires en foyer. Les ateliers de travail permettent aux jeunes de s'intégrer au marché du travail. Les stages durent de 6 à 8 mois. Les jeunes sont rémunérés au salaire minimum. La corporation des ateliers gère un demi million de dollars en production, la gestion se fait indépendamment de l'établissement. La formation au travail et les ateliers de travail se définissent par des activités semblables. Cependant, la corporation des

ateliers est un organisme autonome , indépendant juridiquement de l'établissement public auquel ses activités sont néanmoins reliées.

Dans une allocution faite au Forum national sur les services de santé et les service sociaux, en février 1987, Monsieur Georges Bertrand, administrateur du ROCJMM depuis 1985, décrivait les procédés qu'utilisent les institutions en matière de privatisation:

> De deux choses l'une, ou bien on se met à créer de toutes pièces une excroissance de l'institution publique et on lui colle au front une étiquette communautaire, ou encore, l'institution investit un organisme communautaire en lui offrant une entente, un contrat de service alléchant pour le rattacher administrativement d'abord et, ensuite, au niveau des finalités d'intervention (BERTRAND, 1987a: 3).

De toute évidence, les plateaux de travail et les fondations sont des excroissances du centre d'accueil. Organisationnellement, le centre d'accueil développe des structures lui permettant la réalisation de ses objectifs. En outre, certaines collaborations avec des groupes communautaires déjà existants nous ramènent au deuxième aspect de la définition des processus de privatisation identifié par Georges Bertrand. En effet, certains établissements publics établissent des contrats de services avec des organismes privés à but non lucratif, par exemple dans le domaine de l'hébergement pour des adolescents. Il est éclairant ici de citer un gestionnaire d'organisme public parlant des rapports entre son établissement et un organisme communautaire:

> [avec cet organisme communautaire], c'est un petit centre qui offre des services d'hébergement pour des adolescents [...], on a un contrat de services . On suit les différents partenaires, on se

> donne un coup de mains mutuellement, on forme mutuellement du monde. Il y a eu une demande spéciale cette année de leur part et de celle du ministère. Toutes les subventions ayant été coupées, ou à peu près, nous on avait un surplus budgétaire cette année, puis c'est dans ce cadre là que nous leur avons donné. C'est bien ponctuel parce que cette année, nous avions une certaine souplesse. L'année prochaine on n'en aura pas. (Entrevue avec un gestionnaire public)

1.4. Les foyers de groupes et les contractuels en réadaptation.

Dans un autre ordre d'idées, nous aimerions maintenant jeter un coup d'oeil sur la situation qui prévaut pour certains jeunes souffrant d'un handicap ou d'une déficience mentale, depuis que l'ère de la désinstitutionnalisation a commencé. Nous le ferons en utilisant deux exemples.

A partir de 1982-1983, les centres d'accueil Anne le Seigneur et Le Contrefort, situés en périphérie de Montréal et offrant l'hébergement à des personnes déficientes intellectuellement, procèdent à la désinstitutionnalisation d'un bon nombre de bénéficiaires par la création d'appartements de transition, de foyers de groupes et des plateaux de travail. Vers 1984-85, des décisions administratives accélèrent la sortie des bénéficiaires.(Cf. entrevues avec R. Beauregard, B. Leroux et D. Gosselin).

Le centre d'accueil Anne le Seigneur, de concert avec le centre des services sociaux Richelieu, propose donc à des promoteurs individuels de fonder deux familles d'accueil de réadaptation[3], ce qui représente au total huit places rapportant des revenus bruts de 90 000$ par année. Les

[3] Une famille d'accueil de réadaptation peut accueillir un maximum de quatre bénéficiaires.

éducateurs syndiqués sont sollicités pour fonder de telles familles d'accueil. L'impact financier de la fermeture des places en internat permet la réalisation d'économies de l'ordre de 500 000 $ (CA ANNE LE SEIGNEUR, 1986).

Au centre d'accueil de Contrefort, la privatisation-désinstitutionnalisation prend une forme différente. On privilégie les contractuels , c'est-à-dire des personnes qui, individuellement, passent un contrat avec le centre pour prendre à leur charge un certain nombre de bénéficiaires. Pour chaque bénéficiaire, le contractuel reçoit 25 200$ par année . La pratique est de confier un ou deux bénéficiaires à chaque contractuel. Actuellement, il y a 30 contrats de ce type au Contrefort. Le budget total est de 750 000$ par année. Bernard Leroux ajoute que le Contrefort a proclamé officiellement son intention de développer son réseau de contractuels. Le Contrefort gère aussi des foyers de groupes et des appartements supervisés. Ces informations proviennent de l'entrevue avec trois éducateurs aux Centres d'accueil Anne le Seigneur et Contrefort. Selon eux, la qualité des services aux bénéficiaires est maintenant aussi mauvaise qu'à l'époque du réseau privé Anbar dont faisaient partie des établissements. (Cf. entrevues avec R. Beauregard, D. Gosselin et B. Leroux).

La privatisation dans le secteur de la réadaptation est commencée. Il semblerait qu'au niveau des personnes handicapées, elle serait plus avancée qu'ailleurs (cf. entrevue avec G. Audet). [4] En dernier lieu, dans le secteur de la réadaptation des toxicomanes, mentionnons que la **Maison Portage**, qui était une ressource publique, vient d'être privatisée. Elle

[4] Il serait intéressant d'étudier plus à fond les pratiques de privatisation en cours dans ce domaine, ce que nous n'avons pas eu la possibilité de faire dans le cadre de notre recherche.

bénéficie d'un contrat semblable à ceux des centres d'accueil conventionnés. La maison Portage aurait ainsi la possibilité de diversifier ses sources de financement et d'utiliser plus librement l'argent provenant du secteur de la réadaptation du MSSS (cf. entrevue G. Audet).

2.Les centres des services sociaux (CSS)

Certains services de réadaptation et de protection relèvent des CSS. Les CSS ont la responsabilité de la protection de la jeunesse, soit la réception, l'évaluation, l'orientation, l'adoption de mesures d'urgences et la révision des signalements . Egalement, ils doivent s'occuper de l'adoption, de l'enfance abandonnée et de la probation (cf. MAS, 1984: 56). Nos recherches nous ont amenés à étudier les services de probation. Leur développement connait des temps particuliers et nous tenterons de les identifier. Dans ce secteur, les collaborations entre les CSS --et particulièrement le CSSMM-- et les organismes privés sont fréquentes. Ainsi, jusqu'au début des années 1980, on a assisté à un processus d'étatisation et de déprivatisation tandis que, au cours des années 1980, les collaborations avec le secteur privé sembleraient encouragées et en voie de se consolider.

2.1. La montée de l'étatisation: l'expérience du Projet intervention jeunesse (PIJ)

Dans le rapport final du PIJ (1979), mis sur pied par le Bureau de consultation jeunesse (BCJ), il est mentionné que ce projet a influencé la pratique de l'équipe d'intervention minimale du CSSMM. Cette influence s'est manifestée à travers deux aspects particuliers de l'intervention auprès des jeunes délinquant-es.

Le premier aspect concerne les expériences de conciliation telles que développés par le PIJ. Cette conciliation est originale, car elle utilise la victime d'un délit commis par un-e jeune afin d'amener ce,cette dernier-ère à réparer l'acte illégal. Le CSS s'inspire de cette activité dans son choix de programmation de services aux jeunes, dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse(LPJ), puis de la Loi des jeunes contrevenants(LJC). Le second aspect concerne la perspective dans laquelle le PIJ réalisait les ententes entre les victimes et les jeunes. L'esprit sera repris par le CSSMM mais en effectuant quelques modifications pour qu'il y ait concordance avec la Loi 24 (LPJ). Un peu plus loin dans le rapport, à propos de ces deux volets du champ d'influence du PIJ sur les activités du CSSMM, il est ajouté que:

> C'est en ce sens précis que l'on peut parler d'une récupération du PIJ par le CSSMM au niveau surtout de cette équipe d'intervention minimale (BCJ, 1979 : 51).

Selon M. Jean Lajoie du CSSMM, la pratique de conciliation entre les jeunes et les victimes s'est étendue à l'ensemble du Québec. Au CSSMM, cela s'est développé graduellement. En 1977, la médiation (ou conciliation) commence à être pratiquée. En 1978, une partie du personnel a été intégrée et, finalement, en 1979, avec l'entrée en vigueur de la LPJ, il y a intégration du service (cf. entrevue avec J. Lajoie).La pratique de médiation s'étend maintenant à la grandeur du Québec dans les CSS.

M. Michel Parazelli, secrétaire administratif du ROCJMM s'est montré fort explicite en entrevue au sujet des pratiques de récupération des services initiés par les organismes communautaires:

> L'Etat a toujours camouflé sa situation, si tu veux, de privatisation de l'individu dans ses services

> en s'appropriant , en récupérant le communautaire au niveau des méthodes, au niveau des techniques, au niveau du langage, mais jamais au niveau de l'esprit. C'est comme cela que le programme de travaux communautaires, les cliniques jeunesse, les cours aux parents, le travail de rue, les éducateurs de rue qu'on appelle, aujourd'hui, les trucs de formation à l'emploi, sont récupérés par l'Etat. (Entrevue avec M. Parazelli)

En institutionnalisant l'intervention du PIJ, Jean Lajoie constate qu'un certain nombre de choses ont été perdues, telles la spontanéité et la proximité avec le milieu. Les pratiques sont maintenant bureaucratisées. L'institutionnalisation est réalisée avec et par l'application de la LPJ. Voici le commentaire de Marc LEBLANC à ce sujet:

> La Loi sur la Protection de la jeunesse s'inscrit directement dans cette ligne de pensée : elle proclame la priorité des mesures en milieu de vie naturel, comme l'avait suggéré le rapport Batshaw en 1975. (1985 : 137)

Par la suite, d'autres formes d'interventions qui visent aussi la déjudiciarisation sont intégrées aux continuum de services qu'offrent les CSS. Deux volets peuvent être signalés, soit les travaux communautaires et les mesures d'amélioration des aptitudes sociales.

2.2. Le développement des recours au secteur privé communautaire: l'expérience des travaux communautaires

Les travaux communautaires sont initiés par le Bureau de Consultation jeunesse. Ce programme connait trois années d'expérimentation, de juin 1980 à mai 1983. Au cours de cette période, le projet est financé par le Solliciteur général du Canada, le Comité de la Protection de la jeunesse, le Centre des Services sociaux du Montréal

métropolitain, le Centre des Services sociaux de Ville-Marie et le Centre des Services sociaux juifs à la famille. En mai 1983, le programme est fermé étant donné l'absence de fonds. [5] A partir de juin 1983, quelques démarches sont entreprises afin de relancer le programme mais cette fois, de manière indépendante du BCJ. Entre juin et octobre 1983, le projet est incorporé comme organisme privé sans but lucratif sous l'appellation de Travaux communautaires jeunesse Montréal, Inc. Dès novembre 1983, l'organisme reçoit des subventions du MAS, du CSSMM et du CSSVM (TCJ: 6). Le BCJ n'est plus présent et, curieusement, il n'y a plus de problèmes de subventions.

L'organisme a pour rôle, d'une part, de recruter des organismes communautaires tels un centre communautaire, une garderie, des organismes publics et para-publics... Ces organismes deviendront des organismes d'accueil. De l'autre côté, il s'agit de référer des jeunes, ayant commis un délit, à un organisme d'accueil afin de réparer le tort causé à la société. Les jeunes sont référés à l'organisme orienteur, soit par un directeur de la Protection de la jeunesse , soit par un juge du tribunal de la Jeunesse. Dans le premier cas, les jeunes ont consenti librement à faire des travaux communautaires en guise de réparation. Dans le deuxième cas, les jeunes sont obligés de faire des travaux, suite à une décision du juge (TCJ : 7).

Les travaux communautaires jeunesse ou d'autres organismes orienteurs (ou référants) interviennent dans le cadre de la Loi des Jeunes contrevenants. En somme, l'organisme orienteur "est une sorte de courroie

---

[5] Ces informations, quant à la trajectoire des travaux communautaires ont été tirées d'un document produit par TCJ Inc..

de transmission entre le réseau officiel et les organismes de la communauté" (MSSS, 1986).

Au cours de l'année financière 1986-87, le Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS a subventionné 37 organismes orienteurs (cf. entrevue avec le Service de soutien aux organismes communautaires). Ces organismes reçoivent en moyenne plus de subventions que les autres organismes du secteur Jeunesse. Le tableau suivant nous indique les moyennes par catégorie ainsi que la plus haute et la plus basse des subventions accordées dans chacune des catégories .

Tableau 1 : Subventions accordées aux organismes communautaire jeunesse par catégorie, pour l'année 1986-1987.

Catégorie	Moy. par orga.	Nombre	Subv. max. et min.
Orga. orienteurs	**65 677$**	**37**	**356 150$** **14 000$**
Maisons d'héberg.	**47 888$**	**15**	**140 000$** **10 000$**
Maisons de jeunes	**44 741$**	**116**	**80 000$** **5 000$**
Ressources	**42 214$**	**14**	**155 000$** **5 000$**
Regroupement	**30 714$**	**7**	**70 000$** **10 000$**
Moyenne générale	**48 899$**	**187**	**356 150$** **5 000$**

SOURCE: MSSS (1987) et données recueillies dans l'entrevue avec des membres de l'équipe du Service de soutien aux organismes communautaires.

Les organismes orienteurs sont donc nettement privilegiés. Ceci n'est probablement pas étranger au fait que ces organismes recoivent la totalité de leur clientèle par des références, soit du DPJ , soit du tribunal

de la Jeunesse i.e. d'institutions publiques. Il nous apparait pertinent de noter que les mesures de médiation et de travaux communautaires ont les mêmes origines. Pourtant, ils ont connu un sort différent. La médiation date d'avant les compressions budgétaires du début des années 1980 et correspond à l'ouverture d'un "nouveau" champ de pratique, défini par la LPJ ; c'est sans doute là un facteur explicatif de l'intégration de ces services à la programmation des CSS. Les travaux communautaires, quant à eux, demeurent encore aujourd'hui entre les mains du secteur privé.[6]

2.3. Quelques autres exemples de contribution du secteur privé

Le troisième volet composant les mesures de rechanges cherche à offrir une réponse aux besoins et aux problèmes des jeunes. Par exemple, un jeune ayant un problème de consommation de drogue pourra être référé à un organisme oeuvrant dans ce champ particulier. La trajectoire de ce volet est très différente des deux autres mesures de rechange. Les mesures d'amélioration des aptitudes sociales sont nées d'une initiative du réseau. Ces mesures se caractérisent par le fait qu'elles utilisent également des ressources extérieures à l'institution.

Dans les cas de judiciarisation, il y a soit probation, soit mise sous garde. La probation relève de la DPJ, tandis que la mise sous garde relève du centre d'accueil. Dans les cas de probation, l'objectif est de permettre au jeune de rester dans la communauté mais ceci à condition qu'il fasse la preuve de sa capacité d'y être. Ainsi, la pratique est que dans certain cas,

---

[6] Selon Monsieur Jean Lajoie,on devrait autant que possible privilégier les organismes privés et l'Etat pourrait jouer un rôle de coordination.(Cf. entrevue avec J. Lajoie)

les jeunes ont pour seule contrainte de se rapporter à l'agent de probation. Dans d'autres cas, ils sont référés à des organismes pouvant leur donner du support dans leur intégration.

En plus, il existe deux projets s'inscrivant dans le cadre de la probation. Il y a un projet de parainnage tel les Grands Frères. Il y a aussi le PADA, projet d'action dissuasive auprès des adolescents. Ce projet est une initiative de la police de la CUM. Le PADA fut élaboré par une table de concertation Jeunesse. Il comprend un volet dissuasif (rencontre d'un détenu, visite d'une prison, rencontre d'une fin de semaine avec les jeunes, la police et des intervenant-es) et un volet attractif qui s'échelonne sur quatre, cinq mois et vise à favoriser plusieurs apprentissages (ex.:comment faire un budget, comment chercher un emploi).Initialement, le Centre culturel et sportif de l'Est devrait s'occuper du volet attractif mais, comme le mentionnait M. Lajoie, "le gouvernement a préféré rien faire. On s'est retourné du côté des centres d'accueil, soit Habitat Soleil" (Entrevue avec J. Lajoie). Nous ignorons cependant si le MSSS a accordé un financement supplémentaire au centre d'accueil Habitat Soleil dans le cadre du PADA.

Les CSS ont donc tendance à établir des collaborations avec des organismes privés dans la mesure ou ces derniers correspondent a leurs objectifs. Par exemple, le CSSMM collabore avec le Service St-Denis (Centre de transition pour les jeunes de 15 a 25 ans). L'Envolee Laval (hébergement jeunes prostitue-es). Intégration Jeunesse 15-20 ans (hebergement de jeunes garçons prostitues).

> D'ailleurs pour le nouveau directeur general qui vient de rentrer [...], c'est son objectif: ouvrir le CSS sur la communaute sur les partenaires, sur les organismes sans but lucratif (Entrevue avec J. Lajoie).

Finalement, l'ouverture sur la communauté au CSSMM dans le secteur des services aux jeunes ne s'effectue pas seulement à la faveur des organismes sans but lucratif. En effet, les psychologues en poste devant produire un rapport, suite à la demande d'un juge ne suffisent pas à la demande. Alors, la solution passe une fois de plus par le chemin de la privatisation:

> Mais comme ils ne suffisent pas, on fait appel à des firmes privées qui nous font des évaluations psychologiques pour la moitié du prix. (Entrevue avec J. Lajoie).

3. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Les CLSC sont présents dans le champ des services sociaux à la jeunesse et ce, principalement, depuis le transfert, en 1985 de responsabilités et d'effectifs en provenance des CSS (MAS, 1984). Quoique certains CLSC aient développé avant les transferts des programmes jeunesse comportant un volet social [7], ce n'est qu'à la faveur de l'ajout des mandats et des ressources en provenance des CSS que les CLSC deviennent de véritables dispensateurs de services sociaux publics aux jeunes. Il faut cependant noter que ces transferts ont été réalisé partout dans le Québec sauf dans la région de Montréal qui fait l'objet d'un moratoire à ce sujet.

En vertu du cadre de partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux (MAS, 1984), les centres d'activités s'adressant à la jeunesse et ayant été transférés aux CLSC furent :

---

[7] En 1982, la Fédération des CLSC du Québec produisait un document intitulé **Pour une approche communautaire des CLSC auprès des 0-18 ans** et comportant des orientations de programmation de services sociaux dispensés par les CLSC à l'endroit des jeunes.

-le placement d'enfants et les services sociaux à la famille en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

-le service social en milieu scolaire.

Ce dernier domaine d'activités est le plus important en terme de nombre d'intervenants-es soit environ trois cents pour tout le Québec.

Le service social scolaire est une pratique qui existe depuis le début des années 1950. D'abord géré par les commissions scolaires, ce type de services fut graduellement transféré dans les agences de service social puis dans les CSS en 1973. Les besoins auxquels le service social scolaire est appelé à répondre sont liés à deux ordres de difficultés que peuvent vivre les jeunes. D'abord, il y a les **difficultés d'ordre socio-scolaire**: absentéisme, renvoi, suspensions, échec scolaires, agressivité, vandalisme, relations conflictuelles, etc. Ensuite, il y a les **difficultés d'ordre socio-affectif**: relations conflictuelles avec les parents, attitudes parentales inadéquates, sexualité, grossesse, drogue, suicide, inceste, fugue, etc.

Essentiellement, "le service social scolaire vise à l'amélioration du fonctionnement de l'élève et à son développement personnel et social". (RPSSS, 1984: 4). Pour réaliser cet objectif, les travailleurs sociaux scolaires développèrent une pratique professionnelle d'interaction auprès des jeunes, de leurs familles, des enseignants-es et auprès de l'école considérée comme milieu de vie (cf. CSSSL-L, 1984; CSSR, 1984).

Or, avec l'intégration du service social scolaire dans les CLSC, la notion même de service social scolaire a eu tendance à s'élargir pour considérer les besoins et difficultés des jeunes dans l'ensemble de leurs

milieux de vie (famille, réseaux d'amis, loisirs, travail, etc.).[8] Ainsi, de plus en plus les CLSC modifient les programmes et les activités du service social scolaire pour en faire le volet social de leur programme jeunesse[9] où l'on parle maintenant de service social jeunesse plutôt que scolaire et où on privilégie une approche communautaire au lieu d'une approche strictement individuelle, clinique et curatrice (BOURQUE, 1986a).

Les orientations ministérielles contenues dans le **Cadre de partage** de 1984 (MAS, 1984) traçaient la voie au développement d'une forme précise d'approche communautaire:

> Lorsque les ressources, issues des réseaux primaires ou communautaires, seront impuissantes à répondre aux besoins exprimés, le réseau public de services socio-communautaires devra être mis à contribution.
>
> [...] Ceux-ci ne seront justifiés d'intervenir que lorsque la perte, la diminution ou l'absence d'autonomie sera associée à une carence temporaire ou définitive, partielle ou totale des réseaux primaires ou communautaires qui, à eux seuls, ne permettront pas de combler de façon satisfaisante les besoins à satisfaire (1984: 28)
>
> [...] En disposant d'une portion plus importante des effectifs professionnels disponibles, [le

---

[8] Voir à ce sujet le **Cahier des programmes de l'équipe jeunesse du CLSC des Trois Vallées**, juin 1986; **Les CLSC et les jeunes en besoin**, par les CLSC de la Montérégie, disponible au CLSC Seigneurie de Beauharnois, février 1986, 6 p.; **Réflexions sur l'orientation du service social en milieu scolaire**, produit par un groupe de cadres et d'intervenants de CLSC, disponible au CLSC de Huntingdon, mai 1986, 25 p.

[9] Les programmes jeunesse des CLSC comportent également un volet santé dispensé par des infirmières, un volet santé dentaire dispensé par des techniciennes en hygiène dentaire et, à l'occasion, un volet d'organisation communautaire impliquant des intervenants-es communautaires.

> CLSC] devrait contribuer, mieux qu'il lui a été possible de le faire jusqu'ici, à favoriser une utilisation maximale des ressources de la communauté. (1984: 33).

Pour certaines personnes, cette conception de l'approche communautaire renvoie à une stratégie de désengagement de l'Etat à la faveur d'une prise en charge des problématiques et des services par le secteur privé de type communautaire (cf. BOURQUE, 1986b et 1986c; FOURNIER, 1986; LAMOUREUX, 1986). En effet, certains CLSC, par l'entremise de leur programme jeunesse, mettent sur pied des organismes communautaires tels des Maisons de jeunes ou autres. Or, il arrive que le CLSC, au lieu de favoriser l'autonomie de la nouvelle ressource jeunesse dont il a permis l'émergence, s'emploie d'une certaine façon à maintenir en tutelle le groupe ainsi formé. Dans ce sens, certains "parents" --i.e. CLSC-- ont de la difficulté à accepter que leur "bébé" --i.e. MDJ et autres groupes-- volent de leurs propres ailes et alors, ils ont plutôt tendance à vouloir les subordonner à leur programmation de services.

4.Les organismes communautaires jeunesses (OCJ)

Cette dernière partie du chapitre concerne les organismes communautaires jeunesse (OCJ). Les OCJ appartiennent au secteur privé à but non lucratif. De ce fait, l'identification des tendances dominantes dans ce secteur nous apparaît pertinente. Nous définirons d'abord les OCJ. Ensuite, nous identifierons les organismes subventionnés par le MSSS et la proportion d'argent qui leur est accordée. Nous étudierons également les discours et les pratiques relatifs aux rapports entre les OCJ et le réseau public de services sociaux. Enfin, en conclusion, nous déterminerons s'il y a

ou non tendance à la privatisation des services aux jeunes par l'utilisation des OCJ.

4.1. Qui sont les OCJ ?

Les organismes communautaires sont impliqués dans plusieurs champs d'activités sociales. Ils interviennent au niveau du travail, des loisirs, de l'hébergement, de la santé, des relations interpersonnelles et familiales (cf. ROCJMM, 1986: 1). Les OCJ partagent la même philosophie d'intervention: l'appropriation de service (cf. entrevues avec M. Parazelli et D. Papin). L'appropriation de service s'enracine dans la participation des jeunes. Selon la spécificité de la problématique en cause, les jeunes sont appelés-es à choisir, à définir, à organiser eux ou elles-mêmes les activités. Par leurs interventions, les organismes communautaires jeunesse promeuvent la prise en charge des usagers-ères.

Les OCJ existent depuis près de vingt ans. De 1969 à 1972, c'est-à-dire jusqu'à l'implantation des CSS, les organismes communautaires commencent à se développer; ils répondent de façon dynamique aux besoins des jeunes --drogue-secours, cliniques St-Jacques et Pointe-St-Charles--(cf. entrevue avec G. Tardif). Le Regroupement des organismes communautaires jeunesse du Montreal métropolitain (ROCJMM) considère que:

> Depuis 15 ans, les OCJ ont assumé une présence à tous les niveaux d'intervention concernant la jeunesse. L'école, le travail [...] furent, pour nous, des aspects de la vie faisant l'objet d'attentions ou d'expérimentations de projets maintenant reconnus à travers le Québec et même à l'étranger. (ROCJMM, 1986: 27).

Les Maisons de jeunes, quant à elles, se sont développées plus tardivement:

> Marginales, peu nombreuses et ignorées, il y a à peine dix ans, on en retrouve aujourd'hui environ 150 dispersées sur tout le territoire du Québec. (RMJQ, 1986: 1)

Actuellement, les Maisons de jeunes rejoignent 25 000 jeunes (RMJQ, 1986: 16). Ces ressources jeunesse se caractérisent par deux types d'activités. En premier lieu, **l'animation** qui vise à créer un contexte, un milieu de vie favorable à l'expression et la prise en considération des besoins des jeunes (cf. RMJQ, 1986: 5). En second lieu **l'intervention** qui implique la participation des animateurs-trices à la recherche de solutions aux problèmes vécus par les jeunes. La règle d'intervention est que l'animateur-trice n'agit que sur la demande d'un-e jeune, l'intervention se fait sur une base volontaire (cf. RMJQ, 1986: 7).

Par ailleurs, l'ensemble des OCJ de la région de Montréal, du moins ceux regroupés dans le ROCJMM rejoignent "100 000 jeunes et adultes âgés de 6 à 30 ans" (ROCJMM, 1986: 1). L'intervention des OCJ membres du ROCJMM donne aux jeunes " la possibilité de s'impliquer dans leur milieu pour améliorer leur mode de vie" (ROCJMM, 1986: 1). Le fondement des actions de maisons de jeunes et des OCJ est l'amélioration de la qualité de la vie qui s'effectue par l'appropriation de service.

Cette perspective d'intervention se situe au niveau de la prévention. D'ailleurs le MAS considère que les Maisons de jeunes ont pour objectifs de prévenir la délinquance et la mésadaptation juvénile (cf. MAS, 1980, 1981, 1982, 1984).

4.2. Le financement des OCJ

D'une façon globale, il est utile de mentionner que pendant la période s'intercalant de 1976-77 à 1985-86, l'enveloppe budgétaire allouée à la prévention a augmenté plus rapidement que celle allouée à la réadaptation.[10] Cependant, même si l'augmentation des dépenses est plus grande dans la catégorie de la prévention et même si de nombreux discours prônent les vertus du préventif, il demeure que le secteur de la réadaptation, au niveau des dépenses réelles, est de beaucoup plus important. Force nous est de constater que le système des services sociaux dans le secteur des jeunes est fortement orienté sur la réadaptation.

En outre, les budgets consacrés aux organismes communautaires (OC) --dont les OCJ-- montrent que le MSSS a priorisé ce secteur d'activité et cela depuis la fin des années 1970 et jusqu'à l'année budgétaire 1985-86. Au cours de l'année 1986-87, il y a encore augmentation, mais cette dernière est fort mince comparativement à celle des années précédentes. Lors des entrevues, certains représentants des OCJ, messieurs D. Papin et M. Parazelli, affirmaient qu'au cours de la dernière année, soit en 1986-87, il n'y avait pas eu d'augmentation pour les organismes déjà subventionnés par le service de Soutien des organismes communautaires du MSSS. Le tableau 2 nous présente les budgets totaux octroyés aux OC par le MSSS.

---

[10] Voir à ce sujet notre développement sur les compressions budgétaires dans les services sociaux dans la section 1 de notre chapitre 3.

Tableau 2: Montants accordés par le Service de soutien aux OC du MAS/MSSS aux OC et aux OCJ en 1973-74 et de 1978-79 à 1986-87.

	Ensemble des OC	Nombre	OCJ	Nombre
1973-74	1 185 000$	31	--	--
1978-79	2 046 800$	54	--	--
1979-80	4 962 800$	73	246 237$	7
1980-81	4 391 800$	107	593 000$	16
1981-82	4 391 800$	116	654 000$	18
1982-83	7 368 700$	115	1 505 000$	41
1983-84	9 653 000$	253	2 600 000$	79
1984-85	13 703 300$	379	4 548 100$	120
1985-86	20 607 700$	598	8 334 260$	193
1986-87	20 816 600$	542	9 153 250$	187

* Les budgets alloués aux OCJ sont inclus dans les budgets globaux des OC.

SOURCES :MAS, Rapports annuels ,de 1975-76 à 1983-84; Direction des services communautaires, Evolution du programme de soutien aux organismes bénévoles par secteur d'activité, 1984; M. Normand Gosselin du Services de soutien aux organismes communautaires du MSSS.

Nous constatons, à la lecture de ce tableau, que les OC constituent, financièrement, un secteur en expansion. Cependant, l'étude plus spécifique de l'évolution des budgets alloués aux OCJ invite à nuancer l'idée de l'expansion du secteur communautaire. Par exemple, la grande considération, par le Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS, des organismes orienteurs ne saurait être interprétée comme une valorisation du communautaire intervenant au niveau de la prévention. A ce titre, le tableau 3 nous permet de mieux cerner les budgets accordés aux organismes orienteurs.

Tableau 3: Budgets accordés aux organismes orienteurs par le MSSS, de 1983-84 à 1986-87.

Année	Montants	Nombre	Moyenne par org.
1983-84	55 000$	4	13 750$
1984-85	585 000$	22	26 136$
1985-86	1 630 060$	35	46 573$
1986-87	2 430 050$	37	65 677$

SOURCES : Informations transmises par M. Gilles Strasbourg du Service de soutien au organismes communautaires du MSSS, mars 1987.

Ce tableau, comparé au précédent, nous permet de mettre en relief deux phénomènes importants. Le premier est que les organismes orienteurs connaissent une croissance très rapide; en 1983-84, le budget qui leur est alloué représente 2.1% du budget consacré aux OCJ, tandis qu'en 1986-87, ils reçoivent 26.5% de l'enveloppe budgétaire totale accordée par le MSSS aux OCJ. Le second élément qui ressort de la comparaison des données des tableaux 2 et 3, c'est que l'augmentation du budget de la dernière année est presqu'exclusivement allouée aux organismes orienteurs . L'augmentation en chiffres absolus du budget des OCJ est de 818 990 $ et, sur ce montant, il n'y a que 19 000$ qui ne sont pas investis dans les organismes orienteurs, ces derniers obtiennent 97.8% du budget de l'augmentaiton de l'année 1986-87 auprès des OCJ. De plus, les organismes orienteurs sont également avantagés au niveau de la moyenne de subvention par organisme, à raison d'au moins 38% de plus comparativement aux autres catégories d'OCJ recevant des subventions du Service de soutien aux OC du MSSS (cf. Tableau 1)

Cependant, même si les Maisons de jeunes (MDJ) reçoivent la proportion la plus élevée du budget des OCJ en 1986-87, -- elles en obtiennent un peu plus de 56%--, la répartition de ce budget se traduit différemment pour chacune des MDJ. La moyenne de subventions par MDJ est de moins de 45 000$. Citons à cet égard un document du RMJQ:

> On observe ainsi qu'en 79-80, la subvention moyenne accordée représentait 50% du budget-type (46 000/92 000) et le maximum octroyé autour de 65% (60 000/92 000). En 1985-86, la moyenne par maison ne représente que 34% de ce même budget (48 000/145 000) et le maximum: 57% (80 000/145 000). Il est évident qu'au-delà d'une apparente amélioration, la situation des maisons s'est détériorée (RMJQ, 1986: 11)

Lors de l'entrevue qu'il nous a acordée, M. Papin a précisé qu'avec l'arrivée du nouveau gouvernement, des échelons supplémentaires sont établis dans le montant des subventions attribuées aux MDJ. La première année, une MDJ peut se voir allouer 5 000$ --trois MDJ reçoivent ce montant au cours de l'année 1986-87-- ou 15 000$ --huit MDJ reçoivent ce montant au cours de l'année 1986-87-- (MSSS, 1987). Or, selon l'entente entre le RMJQ et le MSSS, pour la première année, une MDJ devrait recevoir 30 000$ (cf. entrevue avec D. Papin). Toujours selon M. Papin, en 1986-87, il n'y a pas eu de consolidation tel que prevu par les échelons du budget-type d'une MDJ. Toutes les maisons sont demeurées au même échelon. Le tableau 4 nous donne le contenu de l'entente.

Tableau 4: Evolution des subventions accordées par le MSSS (échelons en vigueur en 1985-86)

1ère année	**30 000$**
2e année	**40 000$**
3e année	**60 000$**
4e année	**70 000$**
5e année et plus	**80 000$**

SOURCE : RMJQ, 1986: 13.

Entre les positions de principes et la pratique, il semble y avoir un écart d'au moins quelques milliers de dollars; il y a un écart entre un engagement tenu et désengagement non signalé.

En dernier lieu, face aux MDJ en particulier, M. Papin nous rappelait que le gouvernement fédéral, par le biais des projets Canada au travail (PCT) contribuait de manière considérable au financement des maisons. Mais, depuis la modification de ces projets en 1985, les MDJ ont perdu un apport financier significatif pouvant représenter entre 25 et 40% de leurs budgets. Prévoyant qu'une telle amputation laisserait ses marques, le RMJQ s'est impliqué dans la coalition des organismes communautaires. Cette coalition incite le MSSS à prendre en considération les effets des coupures des subventions fédérales. Mais cela ne semble pas être arrivé ,ce qui permet à M. Papin de dire que les MDJ ont subi ces coupures avec "la bénédiction du gouvernement du Québec" (entrevue avec D. Papin).

Ces quelques données sur la répartition des sommes investies par le MSSS dans les OCJ montrent que ce ministère a une préférence pour les

groupes qui offrent des services qui se situent en concordance avec les objectifs des services dispensés par les institutions publiques.

4.3. Une certaine conception de la complémentarité

En plus du financement qui nous permet de saisir qu'il y a une nette préférence pour les groupes alignés sur les services qui relèvent des institutions publiques, nous avons cerné l'évolution d'un discours favorable à cette conception des rapports entre les services publics et le secteur privé communautaire. Certaines institutions publiques inscrivent leurs activités dans cette optique. Les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux paraissent fort actifs à ce chapitre.

Dès **1976**, dans la foulée du Rapport Batshaw, une certaine conception de la complémentarité se met en place. Le chapitre XVI, sur "Les services complémentaires" définit plusieurs mesures de services qui "pourraient éventuellement devenir des solutions de rechange au centre d'accueil" (1975: 125) et/ou sont "donnés concurremment à la demande d'admission au centre d'accueil, durant le séjour du jeune en institution à la sortie de cette même institution" (1976 : 125). Les services complémentaires sont : les mesures en milieu scolaire, les services pédo-psychiatriques, les services médicaux et dentaires, le travail, le loisir, le système judiciaire, les solutions de rechanges. Les solutions de rechanges comprennent : les services aux familles, les services en milieu scolaire, les services communautaires (BATSHAW, 1975 : 125 à 132). L'idée sous-jacente à cette approche est de faire de tous ces services prodigués aux jeunes, un tout bien coordonné.

En **1977-78**, le MAS adopte, pour la première fois, des éléments d'une politique devant servir à mieux orienter la distribution de subventions aux organismes bénévoles. Parmi les critères qui prévalent dans cette distribution, il est mentionné que ces organismes doivent être "en complémentarité avec les programmes existants" (MAS, 1978). Dans le même sens, en **1978-79**, le MAS privilégie "La réalisation d'expériences favorisant de nouvelles méthodes et approches, utiles au développement de services sociaux et de santé plus efficaces" (MAS, 1979). En **1980-81**, il est, entre autres, précisé que des démarches concernant l'accroissement de l'action bénévole et la diversification des modes de distributions des services ont été faites. D'une année à l'autre, se dessine une politique d'attribution des subventions aux organismes communautaires qui met en relief la perspective complémentaire.

En **1986**, Messieurs Paulin Dumas et Gratien Audet du MSSS, lors d'une rencontre provinciale, organisée par le groupe de travail chargé de faire des propositions au Ministère, prononcent des allocutions sur la création d'un guide d'orientations et d'organisation, destiné aux centres de réadaptation en mésadaptation sociale, où, là encore, l'orientation privilégiée s'articule autour du concept de complémentarité :

> Ce qui est privilégié, ici, et qui commence à donner des fruits dans plusieurs régions, c'est le développement **complémentaire de services de réadaptation** permettant une gamme diversifiée de programmes axés sur les besoins de la clientèle desservie (DUMAS, 1986 : 15).

Nous constatons une fois de plus **la montée d'un discours favorable à la complémentarité. Complémentarité entre la prévention et la**

réadaptation, entre le communautaire et le public. Voici un exemple additionnels concernant l'utilisation institutionnelle de la thématique de la complémentarité. Il provient du Conseil régionnal de la Montérégie.

> En août 1981, le conseil d'administration du CRSSSM adoptait **le plan directeur 1981-85** des services aux mésadaptés socio-affectifs[...] Le plan directeur repose sur cinq principes de base : l'utilisation de l'environnement immédiat des jeunes, l'auto-suffisance régionale, l'autonomie précoce de la clientèle, le renouvellement de la pratique professionnelle et enfin, une amélioration du rapport coûts/bénéfices. **Le plan directeur se veut un plan d'action qui prend son point d'appui à partir de formules communautaires** (CRSSSM, 1980-81 :17).

M. Papin nous disait que ce plan prévoyait le développement des prochaines maisons de jeunes dans la Montérégie ainsi que le genre d'activités. Selon lui, il ne reste qu'un pas à franchir pour que le CRSSS contrôle la programmation d'activité d'un organisme communautaire (cf. entrevue avec D. Papin). Les CSSS de Montréal Métropolitain et de la Montérégie ont fait connaître leur intention, en 1982-83, de gérer les budgets du service de soutien aux organismes communautaires du MSSS (cf. entrevue avec M. Parazelli). Sur cette question, le principal intéressé, le Service de soutien aux organismes communautaires, dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission Rochon, prend la position suivante :

> Il nous apparaît essentiel de dissocier les organismes communautaires de la mission de planification de services que possèdent les conseils régionaux de la santé et des services

> sociaux (CRSSS). Ces derniers font partie du réseau public de services et véhiculent une vision de complémentarité résiduelle des organismes communautaires par rapport au réseau public. De par leurs fonctions de planification et d'organisation des services au niveau régional, ils ne sont pas en mesure de permettre aux organismes communautaires de choisir librement leurs orientations. Nous croyons également que les programmes de formation des organismes communautaires ne devraient pas être sous la responsabilité de ces mêmes conseils régionaux et relever plutôt des organismes communautaires eux-mêmes (Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS, 1986 : 18-19).

Cette position semble constituer un point de convergence de plusieurs interlocuteurs. M. Denis Papin, Coordonnateur du RMJQ, en parlant des CRSSS disait "ils nous voient comme des organismes de distribution de services. On est des organismes d'appropriation de services" (entrevue avec D. Papin). De son côté, M. Michel Parazelli, Secrétaire administratif du ROCJMM, se prononce à la fois sur les moyens et la finalité des activités du CSSSRMM.

> Le CRSSS, en plus de faire la promotion de la **"communautique"** (c'est du communautaire organisé "systémiquement"), le fera à partir d'un mode de gestion sous-régionale, dans un but bien précis de s'approprier les enveloppes budgétaires du communautaire... Finalement, tu vas faire un hybride. La communautaire va devenir péri-public. (Entrevue avec M. Parazelli) .

Dans la même veine, M. Parazelli nous apprend que, depuis 1981, le CSSSRMM conserve 1% des budgets consacrés à la réadaptation des jeunes

dans la région de Montréal. "Cette somme provient des compressions budgétaires dans les centres de réadaptation de la région." (LAVOIE, 1986b: 2). La somme de 400 000$ constitue le budget disponible à la "marge de manoeuvre" régionale pour1987. Cet argent "peut être réaffecté dans la région après entente avec le MSSS" (LAVOIE, 1986b: 2). Avec cet argent, le Comité marge de manoeuvre de la Commission administrative de la mésadaptation sociale incite les ressources jeunesse à présenter les projets de services qui dénotent une approche créatrice et novatrice. Ces projets doivent "reposer sur la concertation, donc inclure la participation d'au moins deux établissements ou organismes" (LAVOIE, 1986b: 2).

L'initiative du CSSSRMM est très mal reçue par les OCJ. Nous reproduisons ci-dessous un extrait significatif de la lettre de démission de M. Georges Bertrand, représentant du ROCJMM à la Commission administrative sur la mésadaptation sociale du CSSSRMM. Dans cette lettre, M. Bertrand prend position par rapport au budget Marge de manoeuvre:

> Le temps est maintenant venu de parler du budget appelé: "marge de manoeuvre 400 000$" qui est la version presque achevée, le "nec plus ultra" de l'implantation surprise d'un réseau parallèle qui sert les objectifs de réforme des institutions et ce, sur le dos de nos organismes communautaires jeunesse. Pour nous, sous le couvert initial d'une expérimentation depuis 1981, cette fameuse marge de manoeuvre sert prioritairement à développer illégitimement des excroissances institutionnelles qui se prétendent souples, novatrices et en bout de ligne communautaires [...] mais qui sont en fait une réponse à l'échec du réseau à gérer correctement des "populations à risques". Ces créatures issues des établissements et qui prennent la structure juridique d'osbl [organismes sans but lucratif], n'ont de communautaire que l'étiquette car elles

> s'inscrivent dans le prolongement de gestion de l'institution à l'externe. (BERTRAND, 1987b: 2)

Le RMJQ partage substantiellement la position de M. Bertrand et du ROCJMM. Dans une lettre adressée à M. Howard Martin, président de la Commission administrative sur la mésadaptation sociale du CSSSRMM, les MDJ de la région de Montréal développent leur position de la façon suivante:

> De plus, comme nous vous l'avons déjà signifié dans le passé, nous nous refusons à travailler dans un cadre restreint de "jeunes en difficulté" tel que défini par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (c'est-à-dire signalés à la DPJ). Une approche semblable irait en complète contradiction avec toute forme de prévention telle que nous la concevons. MAISONS DE JEUNES DE LA REGION DE MONTREAL, 1987: 1)

Se référant aux pratiques de récupération et se rappelant que depuis les cinq dernières années, il n'a pas été question de développement, même si tous les"décideurs publics" reconnaissent l'approche globale des OCJ, le ROCJMM, dans son mémoire présenté à la Commission Rochon, considère que, derrière la planification concertée, "l'enjeu demeure toujours ambigü quant au contrôle qu'ils veulent assurer sur les OCJ " (ROCJMM, 1986:28).

Les CRSSS ont des compagnons dans leur quête de "communautique" comme dirait Parazelli. Nous avons vu dans la partie sur la réadaptation que les CAR créent leurs propres corporations sans but lucratif et collaborent avec des organismes communautaires. Les CSS, eux aussi, developpent leur réseau de concertation et d'excroissance. Les CLSC quant à eux ne sont pas à l'abri de ces pratiques, en versant parfois dans une

approche communautaire réductrice qui risque de dénaturer l'action volontaire et communautaire. De pluscertains bailleurs de fonds tentent de contrôler les organismes subventionnés. Il arrive que certaines municipalités qui financent des OCJ développent des moyens de contrôle leur permettant d'encadrer les pratiques quotidiennes de ces mêmes OCJ.

Le RMJQ a développé une position intéressante par rapport aux discours et pratiques relatifs à l'approche complémentaire.

> La complémentarité, quant à elle, suppose une communauté d'intérêt. [...]
>
> Nous pensons au contraire qu'il existe des contradictions entre les approches au sein des établissements du réseau des Affaires sociales et celles développées par les organismes communautaires. Vouloir fondre en un seul bloc ces deux réalités en condamnerait une à plus ou moins court terme à sa disparition pure et simple, et tout porte à croire qu'on compterait davantage les victimes du côtés des OCJ. Le danger d'uniformisation et de standardisation semble bien plus redoutable. (RMJQ, 1986: 17-18).

Il ressort de tout ceci que la complémentarité pratiquée depuis quelques années est couplée avec des limites économiques, ce qui favorise une certaine pervertion du milieu communautaire en l'asservissant aux missions spécifiques d'institutions. Par ailleurs, nous avons constaté que l'Etat agit aussi dans le sens de cette subordination du communautaire à la perspective étatique. Cette approche de la complémentarité repose comme le signifiait Parazelli lors de l'entrevue sur une vision "systémique" des services sociaux. Cette approche occulte l'essence même du

communautaire qui est de s'inscrire en marge du système disponible pour s'ajuster au mouvement des communautés.

Cependant, du côté des gestionnaires du réseau public et du ministère, les ressources communautaires peuvent apparaître comme une alternative aux limites des institutions publiques tant du point de vue des coûts afférents aux services sociaux que du point de vue de la rigidité des normes et des règlementations qui favorise la sclérose de ces mêmes services.

Conclusion: la privatisation de type communautaire, un enjeu

Les données recueillies et présentées dans ce chapitre nous amènent à conclure à l'existence de pratiques de privatisation dans le domaine des services sociaux aux jeunes. Il se dégage quatre formes différentes selon lesquelles le phénomène se développe : a) la création d'organismes sans but lucratif par des institutions publiques; b) le recours à des contrats de services par des institutions publiques; c) la préférence financière pour les organismes communautaires dont les services correspondent aux besoins des ressources du réseau étatique de services sociaux; d) la privatisation de type commercial . La responsabilité eu égard aux pratiques de privatisation appartient aux établissements publics pris individuellement et/ou à l'Etat.

a) La création d'organismes sans but lucratif par des institutions publiques

Le développement d'organismes prétendus communautaires par des institutions publiques présente l'avantage d'accéder à des sources de financement nouvelles, à des sources privées et publiques. Les fondations

des centres d'accueil sollicitent financièrement le secteur privé, le gouvernement, les jeunes eux et elles-mêmes. Les fondations sont donc éligibles aux budgets destinés aux organismes communautaires. Les fondations des centres d'accueil définissent leurs raisons d'être en conformité à celles des institutions avec qui elles travaillent. "Indépendante" administrativement, légalement à tout le moins, la fondation est de par sa mission un prolongement de l'établissement public. Les excroissances présentent également l'avantage de ne pas être soumises aux critères gouvernementaux relatifs à l'intervention. Les services offerts font l'objet de décisions des structures de l'excroissance. La bureaucratie étatique par laquelle l'Etat exerce ses contrôles est ainsi contournée. Ces constatations s'appliquent à d'autres excroissances institutionnelles (les corporations d'ateliers de travail, les groupes d'hébergement tel le groupe **Regain** [11]).

b) Le recours à des contrats de services par des institutions publiques

L'établissement de contrats de service entre les organismes communautaires et les établissements du réseau public pouvait sembler, à première vue, une reconnaissance de ces derniers pour le travail qu'effectuent les OCJ. Notre naïveté est toutefois ébranlée lorsqu'on constate que les institutions financent des groupes dans la mesure où ces derniers ajustent leurs services aux exigences du bailleur de fonds. Les exigences des établissements publics se situent au niveau du choix de la clientèle et au niveau des services offerts. Le BCJ Montréal, cette année, ne renouvelle pas ses deux SEMO --Services externes de main-d'oeuvre pour

[11] **Regain** est un organismes sans but lucratif mis sur pied par la Fondation Cité des Prairies.

jeunes-- **parce que le ministère du Travail s'ingère trop dans la programmation et dans la détermination de la clientèle éligible au service** (cf. entrevue avec M. Parazelli).

Dans un contexte de vaches maigres, plusieurs groupes, pour des raisons de survie, acceptent de correspondre un peu plus qu'auparavant aux exigences des bailleurs de fonds. Tous ne peuvent pas se permettre de "faire harakiri" une partie de leur financement car, pour plusieurs, cela signifierait la mort. Dans un tel contexte, l'établissement de contrats de services s'apparente à un type de pratique de privatisation qui s'inspire de la philosophie du "faire faire". Ce recours aux contrats de service est pratiqué par les établissements . Le ministère incite les institutions à cette pratique. Selon un gestionnaire d'établissement public, le contrat entre son établissement et un OCJ fut précédé d'une demande spéciale en provenance du ministère. Dans un même ordre d'idée, le CSSSRMM a négocié avec le MSSS la gestion de projets de concertation où le budget de la marge de manoeuvre s'inscrit dans la perspective générale du conseil régional. L'**orientation fondamentale**, selon René Grenier, responsable de la réadaptation au CSSSRMM est "de **favoriser la concertation inter-réseaux** par les moyens à sa disposition" (GRENIER, 1986: 3). La gestion future de ces budgets sera révélatrice de ce que l'on entend par concertation inter-réseau de l'impact sur les OCJ de cette notion de concertation.

c) La préférence financière pour certains types d'OCJ dont les services correspondent aux besoins des ressources étatiques

Le Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS, même si tous s'entendent, dans les milieux communautaires, pour dire qu'il s'agit de l'interlocuteur le plus respectueux de la dynamique communautaire à l'intérieur de l'appareil gouvernemental, privilégie, lui aussi, des OCJ capables de calquer leur programmation sur les missions des institutions publiques. Deux événements doivent être mis en parallèle pour palper l'orientation du Service de soutien. Il y a, d'une part, la montée de la reconnaissance financière des organismes orienteurs qui, en quatre années, sont parvenus à s'accaparer un peu plus du quart de l'enveloppe budgétaire du MSSS consacrée aux OCJ; il y a également, d'autre part, qu'en l'espace de sept ans, soit de 1979-80 à 1985-86, les MDJ ont obtenu une augmentation moyenne de leurs subventions de l'ordre de 2000 $. Cette augmentation demeure fort mince si nous la comparons à celle des organismes orienteurs qui, en l'espace de moins de temps, est de l'ordre de près de 52 000 $. De toute évidence, le MSSS a des préférences marquées pour les OCJ qui oeuvrent dans le champ des services publics . La préférence financière accordée aux organismes orienteurs par le Service de soutien constitue-t-elle une pratique de privatisation? A notre avis, oui. En effet, les organismes orienteurs interviennent concurremment à l'intervention de la DPJ et suite à l'intervention du système de justice pour les jeunes. Les jeunes qui sont rejoints par les organismes orienteurs proviennent exclusivement de ces

deux filières. Tout cela s'inscrit dans une perspective de matérialisation de l'approche de la complémentarité.

d) La privatisation de type commercial

Le dernier volet, et non le moindre, des pratiques de privatisation des services aux jeunes diffère quelque peu des autres exemples car il concerne le secteur privé à but lucratif. Déjà, il existe des collaborations entre le secteur public des services sociaux et le secteur privé au niveau des services de buanderies, d'informatique, mais depuis quelques années, il y a développement de collaboration avec le secteur privé commercial pour les services directs à la clientèle. La DPJ du CSSMM refère des jeunes à des psychologues du secteur privé plutôt que de combler deux postes vacants. Les centres d'accueil de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles développent des formules privées lucratives de livraison de service. Les familles d'accueil de réadaptation et les contractuels sont des structures privées de livraison de services à la personne en besoin de réadaptation.

Dans chacun des procédés favorables à plus de privé, nous remarquons que le type de service en cause relève du secteur de la réadaptation. Le secteur de la prévention, quant à lui, est utilisé de plus en plus pour l'amélioration des services de réadaptation. La véritable nature de la prévention est ainsi détournée. Il est à craindre qu'à moyen terme, il y ait de moins en moins de services comme tels dans le champ de la prévention.

Il est également apparu que tout converge dans le sens d'une modification du secteur communautaire: des excroissances d'institutions qui sont incorporées et se présentent sous l'égide du communautaire; des contrats de services qui limitent la pratique des organismes

communautaires contracteurs ; l'orientation du MSSS en faveur de la priorisation d'organismes branchés sur la Loi des jeunes contrevenants et des services des institutions concernées; tout cela contribue à réduire le champ spécifique du secteur communautaire jeunesse. La réduction du communautaire est donc un des enjeux soulevés par les pratiques de privatisation en matière de services sociaux aux jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

AUDET, Gratien (1984), Lettre à Monsieur Jean-Yves Dessureault, D.G. du CRSSS de Trois-Rivières, MAS, Québec, le 23 novembre 1984, 3 p.

AUDET, Gratien (1985a), Le Centre d'accueil de réadaptation: hier, aujourd'hui et demain..., Allocution prononcée à une rencontre des D.G. et des présidents des CA du CRCA de la Région 03, 15 mai 1985, 16 p.

AUDET, Gratien (1985b), Le guide d'orientations et d'organisation pour les centres de réadaptation en mésadaptation sociale., Allocution prononcée à une rencontre provinciale d'information des DG des CR, 1er mai 1985.

BATSHAW, M. (1975), Rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en CA, MAS, Québec.

BERTRAND, Georges (1987a), La privatisation ou encore tous n'en meurent pas mais beaucoup sont touchés, Allocution prononcée dans l'Atelier Jeune sur le thème de la privatisation lors du Forum National sur les services de la santé et les services sociaux, tenu à Montréal les 5,6 et 7 février 1987, 4 p.

BERTRAND, Georges (1987b), Lettre à M. Howard Martin, président de la Commission administrative de la mésadaptation sociale du CSSSRMM, Montréal, le 20 février 1987, 3 p.

BOURQUE, Denis (1986a), Regards sur l'approche communautaire, Communication faite dans le cadre du deuxième colloque provincial des intervenants-es en service social scolaire tenu à Drummondville, le 18 octobre 1986, 21 p.

BOURQUE, Denis (1986b), "L'approche communautaire en CLSC: les enjeux en cause et les conditions requises", in Service social, Vol. 34, Nos 2 et 3 (1986), pp. 326-339.

BOURQUE, Denis (1986c), "Le renouvellement des pratiques sociales au Québec: le projet des acteurs dominants", in Revue canadienne de service social , 1986, pp. 208-218.

BOUCHARD, Camil (1984), "Prétendre prévenir" in Revue internationale d'action communautaire, No 11/51, pp. 21-27.

BUREAU DE CONSULTATION JEUNESSE [BCJ] (1979), Projet d'intervention jeunesse. Rapport final, mars 1977 à octobre 1979, BCJ, Montréal, 73 p.

CA ANNE LE SEIGNEUR (1986), Impacts financiers de la fermeture de l'internat et création de familles d'accueil, extrait d'une étude déposée par le chef des finances au Conseil d'administration du CA Anne le Seigneur, octobre 1986.

CA CITE DES PRAIRIES (1985), Le Point, Rapport annuel de 1984, Montréal, 50 p.

CENTRAIDE-MONTREAL (1986), Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, mars 1986, 40 p.

CSSSRM (1981), Rapport annuel 1980-81, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 32 p.

CSSSRMM, COMITE MARGE DE MANOEUVRE (1986a), Protocole de demande de subvention, Formulaire de demande de subvention des projets finances par le CSSSRMM, Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain Montréal, 5 p.

CSSSRMM (1986b), Lettre adressée aux Directeurs généraux des CSS, CR, CLSC et aux responsables de tables de concertation jeunesse, objet: marge de manoeuvre régionale ,Appel d'offres, Montréal, 2 p.

CSSLL (1984), Le service social en milieu scolaire, une pratique à promouvoir, Centre des services sociaux de Laurentides-Lanaudière, St-Jérôme, 30 p.

CSSR (1984), Programme des services sociaux en milieu scolaire, Centre des services sociaux Richelieu, Longueuil, 62 p.

DIRECTION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (1984), Evolution du programme le soutien aux organismes bénévoles par secteur d'activités, MSSS, Québec, 23 mars 1984.

DUMAS, Paulin (1986), "Considérations sur une démarche de consolidation des services offerts aux jeunes mésadaptés socio-affectifs" in L'Accueil, Vol. 13 No 3 (avril-mai 1986), pp. 13-22.

FCLSCQ (1982), Pour une approche communautaire du CLSC auprès des 0-18 ans. Fédération des CLSC du Québec, Montréal, 80 p.

FONDATION CITE DES PRAIRIES INC (1986), Fondation Cité des Prairies, Feuillet présentatif et descriptif de la Fondation et du Centre d'accueil.

FOUCAULT, Pierre (1984a), Aider... malgré tout, essai sur l'historique des Centres de réadaptation du Québec, Editions de l'ACAQ, 151 p.

FOUCAULT, Pierre (1984b)," Cinq ans après: les effets bénéfiques de la Loi sur la protection de la jeunesse (loi 24)", in Santé mentale au Québec, Vol IX No 2, pp. 88-93.

FOURNIER, J. (1986), "L'approche communautaire, des éléments de réflexions", in Fédé-Express, Vol. 10, No 1 (septembre 1986), p. 6.

GRENIER, René (1986), Lettre à Monsieur Georges Bertrand, représentant du ROCJ, le 26 mai 1986, 4 p.

LAMOUREUX, Henri (1986), Texte de présentation de la notion d'intervention communautaire, texte inédit, Ecole de service social, Université de Montréal, 1986, 12 p.

LEBLANC, Marc (1985), "Une révolution de la législation et des prises en charge" in TREMBLAY, R.-E., FAVARD, A.-M. et JOST, R. , Le traitement des adolescents délinquants, Fleurus, Paris, 1985, pp. 121-143.

LEBLANC, Marc et SZABO, Denis (1985), La criminologie empirique au Québec, PUM, Montréal, 451 p.

LAVOIE, Marie-Andrée (1986a), Paramètres d'évaluation des projets subventionnés par la "marge de manoeuvre régionale", Pour le Comité "marge de manoeuvre", octobre 1986, 4 p.

LAVOIE, Marie-Andrée (1986b), Révision des principes et conditions liés à la répartition de la marge de manoeuvre régionale, pour le Comité "marge de manoeuvre", présenté à l'exécutif de la Commission administrative de la mésadaptation sociale, le 23 octobre 1986, 4 p.

MAISONS DE JEUNES DE LA REGION DE MONTREAL (1987), Lettre à M. Howard Martin, président de la Commission administrative de la mésadaptation sociale du CSSSRMM, Montréal, le 10 mars 1987, 2 p.

MAS (1978), Rapport annuel 1977-1978, MAS, Québec.

MAS (1979), Rapport annuel 1978-1979, MAS, Québec.

MAS (1980), Rapport annuel 1979-1980, MAS, Québec.

MAS (1981), Rapport annuel 1980-1981, MAS, Québec.

MAS (1982), Rapport annuel 1981-1982, MAS, Québec,

MAS (1983), Rapport annuel 1982-1983, MAS, Québec

MAS (1984), Le partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux, juin 1984, 59 p.

MAS (1984a), Rapport annuel 1983-1984, MAS, Québec.

MSSS (1986), Aider les jeunes contrevenants à réparer... c'est faire un bon coup!, MSSS, Le programme de mesures de rechange, Québec, 12 p.

MSSS (1987), Liste standard du secteur 3, les services à la jeunesse, année de la demande de subvention, 1986-87, Québec, 51 p.

RMJQ (1983), Une Maison de jeunes, Document de base, RMJQ, Montréal, septembre 1983, 33 p.

RMJQ (1984), Au tour des Maisons de jeunes, RMJQ, Montréal, 91 p.

RMJQ (1986), Les Maisons de jeunes.(Au delà de la ressource), Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, mars 1986, 20 p.

ROCJMM (1986), Le développement des organismes communautaires jeunesse: une nécessité, Document de réflexions remis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux du Québec, Montréal, mars 1986, 34 p.

RPSSS (1984), Guide des activités professionnelles en service social scolaire, Regroupement des professionnels (les) en service social scolaire région 04 , RPSSS, Drummondville, 63 p.

SCRVE (1986), Principes d'action et d'organisation du travail social en milieu scolaire, Sous-comité régional de vie étudiante (SCRVE) des commissions scolaires de la région 06-C, Longueuil, 7 p.

SERVICE DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU MSSS (1986), Les organismes communautaires. Réflexion sur les enjeux actuels et à venir, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, le 3 octobre 1986, 26 p.

TRAVAUX COMMUNAUTAIRES JEUNESSE MONTREAL , Cahier d'information général, TCJ inc., Montréal, 18 p.

Chapitre 5

Pratiques de privatisation dans les services sociaux aux personnes agées. Premier volet : l'hébergement

Introduction

Ce chapitre est consacré à la privatisation dans le domaine des services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La **Loi sur les services de santé et les services sociaux** (L.R.Q., c.S.-5) du Québec reconnaît trois grands groupes de ressources d'hébergement : les établissements publics, les établissements privés et les familles d'accueil. Du point de vue du financement, les ressources privées sont soit subventionnées par le MSSS (Centres d'accueil d'hébergement privés conventionnés et à taux fixe, pavillons, familles d'accueil), soit autofinancées. Ces dernières ne recevant aucune subvention, ce sont les bénéficiaires qui défraient entièrement le prix demandé. L'ensemble de ces ressources privées sont à but lucratif, à l'exception des familles d'accueil dont nous examinerons le statut particulier.

A ces ressources qui doivent détenir un permis du ministere, nous ajoutons le secteur des résidences pour personnes âgées qui, dans les faits, hébergent de plus en plus des personnes en perte d'autonomie, sans détenir de permis pour ce faire.

Nous examinerons l'évolution respective des ressources suivantes :

Les centres d'accueil d'hébergement (CAH) publics.

Les centres d'accueil d'hébergement privés conventionnés.

Le cas particulier du Groupe Champlain.

Les centres d'accueil d'hébergement privés autofinances.

Les pavillons et les taux fixes.

Les residences privees avec services.

Les familles d'accueil.

En 1985-1986, les quelque 36 890 places d'hebergement pour personnes âgées, autorisées par le MSSS, se répartissent comme suit :

Tableau 1: Répartition au 31 mars 1986 des places d'hébergement pour personnes âgées, en fonction du type de ressources

Type de ressources	Places	Etablissements	% de places
CAH public	21 068	237	57.1%
CAH privé conventionné	3 562	60	9.7%
CAH auto-financé	4 446	114	12.0%
CAH à taux fixe	423	22	1.2%
Pavillon	3 736	224	10.1%
Famille d'accueil	3 649	N.A	9.9%

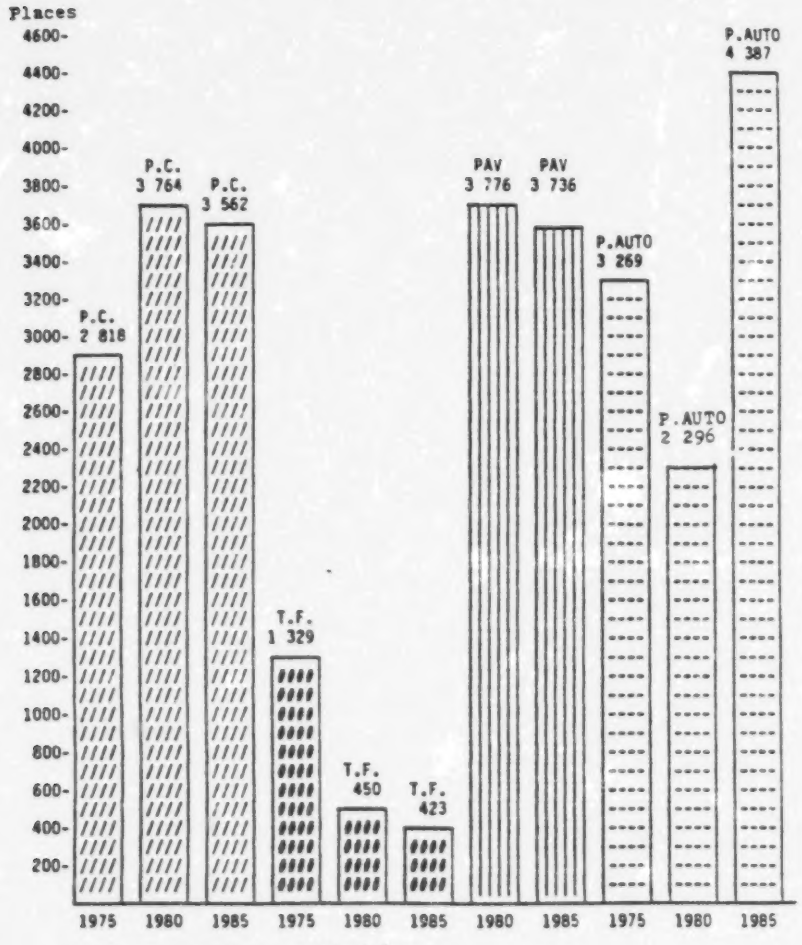
SOURCE: MSSS, Direction de l'hébergement, 1986.

Les résidences pour personnes âgées ne detenant pas de permis du MSSS, aucune compilation du nombre de places offertes par ce type de ressource n'est possible. Il faut aussi noter qu'aucun financement public n'est alloué aux résidences pour personnes âgées.

Les données qui précèdent démontrent que le secteur public détient 57% des places d'hébergement autorisées au Québec. Cependant, si l'on exclut les familles d'accueil dont le statut particulier les apparentent difficilement au secteur privé commercial pris au sens strict, le secteur public détient alors 63.4% des places qui demeurent , soit 21,068 sur 33,235. Enfin, si on ne considère que les places financées par l'Etat, c'est-à-dire si on exclut les 4,446 places dans les CAH autofinancés, le secteur public représente alors 73% des 28,790 places disponibles. Le secteur prive de type commercial est donc présent dans les services d'hébergement au Québec

même si le secteur public demeure prépondérant. Le graphique 1 illustre l'évolution des ressources d'hébergement privées au Québec, de 1975 à 1985.

Graphique 1: Evolution du nombre de places privées au Québec de 1975 à 1985



P.C.: CAH privés conventionnés
P.AUTO : CAH privés autofinancés
T.F.: CAH à taux fixe
PAV.: pavillons

SOURCE : MSSS, 1986a : 27.

Examinons maintenant l'évolution récente, la problématique actuelle et les perspectives de développement de chacun des grands types de ressources d'hébergement.

1. Les centres d'accueil d'hébergement publics

Les centres d'accueil publics sont apparus au Québec avec l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Un certain nombre sont nés de l'achat par le trésor public d'ex-établissements privés, principalement à but non lucratif, alors que d'autres ont été créés suite à une décision de construire de nouvelles places d'hébergement par le gouvernement du Québec. En fait, le développement des centres d'accueil publics semble avoir connu trois étapes :

a) 1972-1976

Cette période est caractérisée par l'achat des établissements pour personnes âgées appartenant aux communautés religieuses par l'Etat. Le type de services offerts était le même après l'achat par le MAS et s'apparentait davantage à des services d'hôtellerie pour personnes relativement autonomes ne nécessitant que fort peu de soins, services et surveillance. (cf. entrevue avec J. Quintal). Durant cette période, il y eut également développement de nouveaux CAH mais en nombre moins important que durant la période suivante. Sur un total de 12 000 places nouvelles en CAH publics, 4 500 ont été créées durant cette période et 7 500 au cours de la suivante (cf. entrevue avec L. Langlois).

b) 1976 à 1984

Cette étape se caractérise par le développement accéléré de nouvelles places en CAH publics et la construction de nouveaux établissements. C'est le ministre Claude Forget qui, en 1976, dévoile un plan quinquennal prévoyant

la création de 6,430 nouvelles places d'hébergement avant 1982 (MAS 1977 : 52). Ces développements avaient pour but de combler les déficits de places dans certaines régions socio-sanitaires et de garantir ainsi une accessibilité plus égale aux ressources. De cette manière, on projetait qu'en 1981, chaque region pourrait disposer de six places pour 100 personnes âgées.[1]

En 1977, le nouveau titulaire du MAS, Denis Lazure, dut reprendre a son compte ce plan de développement et demander une nouvelle autorisation du Conseil du Trésor, autorisation qu'il obtint à la condition expresse de s'assurer que les criteres d'admission dans les centres d'accueil publics soient resserres afin que seules les personnes en perte severe d'autonomie y aient acces (cf. deuxième entrevue avec D. Lazure).

En fait, à partir de 1974-1975, l'orientation hôtellerie dans les centres d'accueil était sérieusement remise en cause. Des 1976, les premiers instruments visant à mesurer le degré d'autonomie des personnes âgees en demande d'hébergement furent expérimentés. Cette preoccupation de restreindre les critères d'admission des bénéficiaires conduisit, quelques annees plus tard, à l'adoption par le MSSS d'une grille d'evaluation universelle pour l'ensemble du Québec appelée 'Classification par Types en Milieu de Soins et Services Prolongés (CTMSP).

Ainsi, de 1976 à 1984, plus de 7 000 places en CAH furent ajoutees au reseau public. Ce choix en faveur du secteur public renvoie au moratoire en vigueur au MAS durant les années 1970 concernant le developpement des etablissements privés a but lucratif (cf. section 2.1.2 du chapitre 2).

Cette position est reaffirmée par le ministre Lazure dans une lettre au president de l'Association des directeurs d'établissements prives :

> La politique relative à l'avenir des établissements privés a été énoncée dans des termes généraux lors

[1] Aujourd'hui, le ratio visé par le MSSS est de cinq places d'hebergement par 100 personnes de plus de 65 ans.

> d'une rencontre avec monsieur Georges Courville, suivie d'une lettre en date du 28 février dernier.
>
> J'y soulignais alors que l'actuel gouvernement "privilégie les établissements publics et n'envisage pas d'encourager le développement d'établissements privés, particulièrement ceux à but lucratif" (LAZURE, 1977 : 1).

c) Depuis 1984

La vague de construction de centres d'accueil publics s'est terminée en 1985 et, depuis, "il n'y a pas beaucoup de projets sur les bureaux en ce sens" (Entrevue avec G. Michaud). Et cela, malgré le fait que, selon l'Association des centres d'accueil du Québec, quelque 7,000 personnes attendent d'être hébergées au Québec (D'AMOURS, 1986). De plus, dans une étude du MSSS remise à la ministre en juin 1986, on avance :

> Premièrement, il semble évident que le réseau public de CAH et de CHSLD doit être maintenu. Compte tenu cependant de notre niveau d'hébergement parmi les plus élevés au monde, il pourrait être envisagé d'arrêter complètement le développement de ce type de resssources (MSSS, 1986 : 20)

1.1 Quelques éléments de privatisation à l'intérieur du réseau des centres d'accueil publics

Selon monsieur Jean Quintal, conseiller au secteur de l'hébergement à l'Association des centres d'accueil du Québec, certaines pratiques de privatisation ont cours à l'intérieur des CAH publics (cf. entrevue avec J. Quintal). Ainsi, des activités et des programmes professionnels, comme l'animation qui visait à répondre à des besoins psycho-sociaux des bénéficiaires, ont été graduellement abolis et les budgets ont été affectés à des activités de soins et d'assistance, compte tenu de l'augmentation de la

demande à ce chapitre. Or, ce sont des groupes bénévoles, donc des groupes du secteur privé volontaire, qui ont pris la relève et qui tentent de pallier aux besoins psycho-sociaux des bénéficiaires. Il arrive aussi que les services bénévoles assument certaines tâches d'assistance directe aux bénéficiaires, comme celle de leur faire prendre leur nourriture. Ces situations provoquent des heurts avec les syndicats parce que ces derniers affirment que ce sont des tâches de salariés-es qui seraient ainsi accomplies par des bénévoles. Selon J. Quintal, les bénévoles font ce travail parce qu'ils ont besoin de se sentir utiles et seront ainsi de plus en plus mis à contribution:

> Alors, je pense que les bénévoles ont toujours et vont avoir de plus en plus de place dans les centres d'hébergement compte tenu de la situation, de l'augmentation importante des soins physiques et des services vraiment en rapport avec les besoins de base de la personne (Entrevue avec J. Quintal).

Dans un autre ordre d'idées, les centres d'accueil publics ont recours également à des sous-traitants du secteur privé commercial. Cela est particulièrement présent dans les domaines des buanderies, des services d'entretien, de sécurité et des soins infirmiers. Le cas du recours aux agences privées de soins infirmiers s'expliquerait par un manque de personnel infirmier disponible sur les listes de rappel des etablissements. Or, ces pratiques qui, sur un plan économique représentent souvent un coût élevé, comportent des difficultés en termes de continuité de services lorsque ce sont des infirmières de passage qui les dispensent (cf. entrevue avec J. Quintal).

2. Les centres d'accueil d'hébergement privés conventionnés

Les centres d'accueil d'hébergement privés conventionnés sont des établissements au sens de la Loi des services de santé et des services sociaux. Ils détiennent un permis du MSSS et reçoivent de ce dernier des compensations monétaires pour les composantes immobilière et mobilière

ainsi qu'un budget de fonctionnement qui refère aux composantes clinique, de soutien et d'hébergement. Les modalités financieres sont négociées annuellement avec l'Association des centres hospitaliers et les centres d'accueil privés (ACHAP).

En 1986, ces établissements étaient au nombre de 60 avec un total de 3,562 lits et recevaient près de 64 millions$ de subventions (MSSS, 1986 : 30). Sous plus d'un rapport, les établissements prives conventionnes se comparent aux etablissements publics : clientèles relativement semblables, adhesion au système régional d'admission des bénéficiaires géré par les CRSSS, même politique salariale et de contribution des adultes hébergés.

Cependant, il s'agit d'entreprises privées à but lucratif, incorporées en vertu de la première partie de la Loi sur les compagnies du Québec, et dont le conseil d'administration est compose d'une seule personne pour 80% des établissements (cf. entrevue avec L. Blanchet et al.). La plupart de ces établissements existaient avant la réforme de 1971 qui eut pour principale conséquence d'instaurer une relation contractuelle entre le MSSS et ces derniers pour la dispensation des services d'hébergement.

Tel que le fait ressortir l'entrevue avec les representants-es de l'ACHAP, depuis dix ans, il y a eu au Québec tres peu de développement au niveau des CAH conventionnes, et ce, en raison du moratoire ministériel dont ils faisaient l'objet (cf. entrevue avec L. Blanchet et al.). En fait, de 3,459 places autorisees en 1976-77, ce secteur est passé à 3,562 en 1986 (MAS, 1979 : 16 et MSSS, 1986 : 30).

2.1 Quelques éléments d'analyse

Pour l'ACHAP, le réseau des CAH conventionnés est confronte a un certain nombre de problèmes. En premier lieu, la durée des permis, qui est actuellement de deux ans, poserait des difficultés dans le financement des

immobilisations. On souhaiterait que ce permis soit plutôt accordé pour une période de cinq ou dix ans. Par ailleurs, le parc immobilier de ce réseau se caractérise par une détérioration importante et l'ACHAP évalue à près de 85 millions $ le coût des projets d'immobilisation pour remettre à jour la qualité d'une partie des bâtisses du secteur privé conventionné (MSSS, 1986 : 9). Enfin, l'ACHAP réclame une révision des modalités de financement de la composante immobilière des budgets des CAH conventionnés afin d'ajouter un différentiel de 4.25% de plus que le taux de base de la Banque du Canada, au lieu du 1.50% en vigueur actuellement, et qui sert de calcul de base pour la détermination du loyer à payer par l'Etat pour chacun des édifices. (MSSS, 1986a: 31)

Du point de vue du MSSS, le problème principal avec le réseau privé conventionné est celui de son financement. En effet, la question se pose en termes assez clairs. Avec le privé conventionné, l'Etat n'est jamais propriétaire de l'immeuble. Il doit **indéfiniment** payer un loyer à son propriétaire et même le compenser pour les "taxes foncières et d'affaires qu'il doit débourser comme pour tout édifice privé, alors que les édifices publics en sont exemptés". (Entrevue avec G. Michaud). "Avec le Ministère, on paye ton édifice et ton terrain et tu restes propriétaire, en plus des déductions fiscales possibles; c'est une formule très intéressante pour les promoteurs". (Entrevue avec L. Bélanger).

Une étude comparative effectuée au MSSS démontre qu'un projet d'immobilisation d'un million $ en CAH conventionné, selon la formule actuelle de financement de la composante immobilière, coûte à l'Etat 4 192 000 $ en 25 ans. En appliquant la demande de l'ACHAP de hausser le différentiel de 1.5 à 4.25% par année, la facture s'élèverait à 5 194 000 $, et cela, sans que l'Etat ne soit propriétaire de quoique ce soit. Par contre, en CAH public, le coût total du financement et du remboursement du même million de $ en 25 ans est de

3 077 500 $ (MSSS, 1986 : 32). Il s'agit donc d'un debourse supplementaire de 36% a 69% pour l'Etat dans le cas d'un financement prive par rapport a un financement public. De plus, dans ce dernier cas, la dette publique s'efface apres remboursement alors qu'en financement prive, le debourse demeure permanent pour l'Etat annee apres annee. Quant aux autres types de depenses, elles sont generalement similaires en CAH conventionne et en CAH public puisque les memes normes administratives de soins, de conditions de travail, de contributions des beneficiaires et autres s'y appliquent et sont subventionnees a 100% par le MSSS.

C'est sans doute ce qui explique qu'il n'existe aucune etude faisant etat d'un avantage financier pour le MSSS a developper le secteur prive conventionne en lieu et place du secteur public. Enfin tout porte a croire que la qualite des services en CAH conventionne est l'equivalente de celle du reseau public.

2.2 Perspectives de développement

Pour l'ACHAP, il y aurait un vent favorable a la privatisation alors que les prejuges contre le secteur prive commencent a s'estomper au point ou certains administrateurs du reseau public manifestent a l'ACHAP le desir d'acquerir un etablissement prive (cf. entrevue avec L. Blanchet et al.).

De facon plus concrete, il y aura effectivement une hausse importante des places en centres d'accueil prives conventionnes a Montreal suite a la decision rendue dans ce sens par la ministre Lavoie-Roux dans le cadre des mesures visant le desengorgement des urgences des hopitaux de Montreal. Un total de 379 lits sera ajoute au secteur prive conventionne pour 353 lits au secteur public (CSSSMM, 1987). Ainsi, 52% des nouveaux lits d'hebergement iront au secteur prive alors que ce dernier n'avait que 18% (1,855 lits) de l'ensemble des lits d'hebergement dans la region 06A en 1986. Le secteur public, quant a

lui, recevra 48% des nouveaux lits, alors qu'il détenait 82% (8,365 lits) des places en 1986. Cette seule décision représente une hausse de 10% du total des places de CAH conventionnés au Québec

Notons au passage que ces mesures avantagent également le secteur privé dans le cas des nouveaux lits en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Les CHSLD privés conventionnés obtiendront 34% des places nouvelles alors qu'ils ne détenaient que 26% de l'ensemble des lits de soins de longue durée en 1986[2].

Dans les faits, le moratoire sur le développement des établissements à but lucratif semble levé et c'est peut-être ce qui permet au député de comté de Beauharnois à l'Assemblée nationale, de déclarer en conférence de presse le 15 février 1987 :

> Nous avons un besoin urgent de 250 lits pour les cas lourds dans la région. Si nous ne posons pas de gestes concrets maintenant, nous allons nous retrouver avec un problème de taille en 1991, alors que nous allons avoir encore plus de personnes âgées. Nous ne pouvons pas attendre après le secteur public. Si nous allons dans le privé, ça va aller beaucoup plus rapidement (MARTEL, 1987).

Cette ouverture nouvelle de l'Etat pour le secteur privé à but lucratif rejoindra peut-être certaines des préoccupations de l'ACHAP, telles que présentées dans son mémoire à la Commission Rochon et qui concluait :

> Nous souhaitons avoir réussi à sensibiliser les commissaires à certains éléments de solutions que recèle l'entreprise privée, face aux défis que nous pose actuellement le monde québécois de la santé et des services sociaux [...]. Le temps est venu de nous donner de nouvelles perspectives et de nouveaux consensus (ACHAP, 1986 :22).

---

2 Incluant les unités de soins de longue durée, 1297 lits; les CHSLD publics 2,525 lits; et les CHSLD privés, 1325 lits.

3. Le Groupe Champlain

Le Groupe Champlain est le plus important regroupement d'entreprises privées de services aux personnes âgées au Québec. Il offre depuis 1966 des services d'habitation, d'hébergement et de soins de santé. En 1986, la clientèle du Groupe Champlain était constituée de 1,300 personnes âgées ou adultes handicapés. Les services du Groupe Champlain, en juin 1986, se repartissaient comme suit :

- Deux centres d'accueil conventionnes d'une capacité totale de 354 lits;
- Deux centres hospitaliers de soins de longue durée conventionnés d'une capacite totale de 70 lits;
- Cinq résidences de chambre et pension où resident pres de 700 personnes et où l'on retrouve dans chacune "visite periodique du medecin et de l'infirmière et suivi au dossier médical (GROUPE CHAMPLAIN, 1986a). Une de ces résidences comporte également une section pavillon de 21 lits avec permis du MSSS et reliés par contrat au CAH public de Beauharnois;
- Deux residences de logements comprenant un total de 133 logements;
- Des entreprises distinctes de services dont le Service d'administration Champlain Inc., le Service d'alimentation Champlain Inc., et le Service d'amenagement Champlain Inc.

En 1986, le chiffre d'affaires gu Groupe Champlain etait estime a 20 millions $ alors que son personnel comptait pres de 700 employes-es a temps complet ou à temps partiel, répartis dans l'un ou l'autre des etablissements, entreprises et residences (GROUPE CHAMPLAIN, 1986b). Les etablissements avec permis du Groupe Champlain sont membres de l'ACHAP.

En avril 1986, le Groupe Champlain déterminait ses orientations et ses objectifs pour l'année 1986-1987. En termes de programme de développement, les priorités suivantes ont alors été identifiées :

1. Le développement d'établissements conventionnés, sans pour autant refuser l'analyse des autres projets proposés. Cependant, l'acceptation d'un projet devrait être faite seulement après une analyse en profondeur de la faisabilité et de la rentabilité du projet;

2. L'achat d'édifices à logements acquis via la Fondation Habitation Champlain;

3. L'analyse d'opportunités d'achat de résidences de chambre & pension;

4. Le développement de services extérieurs (gestion, services alimentaires, soins d'assistance, pensions surveillées) dans le cadre d'ententes avec le MSSS;

5. L'acquisition de logements à but lucratif (DETENTE, 1986 :4).

Afin d'avoir accès à des sources de subventions non accessibles aux entreprises commerciales, le Groupe Champlain a créé en 1981 la Fondation Champlain qui est une corporation à but non lucratif. Cette dernière a créé à son tour, en 1983, la Fondation Habitation Champlain , une autre corporation à but non lucratif qui rend possible l'obtention de fonds de la Société centrale d'hypothèque et de logement ainsi que de la Société d'Habitation du Québec. Or, le Président-directeur général du Groupe Champlain nous disait lui-même en entrevue: "Je trouve absurde qu'on doive créer des corporations sans but lucratif pour hypocritement faire croire que cela est sans but lucratif, parce que, d'une façon ou de l'autre, ce sont les payeurs de taxe qui financent ..." (Entrevue avec M. Roy). Par ailleurs, pour pouvoir réaliser son programme de développement, le Groupe Champlain procède en septembre 1986 à une émission d'actions cotées à la Bourse de Montréal d'une valeur de quelque 5

millions $. Le président directeur général du Groupe Champlain, monsieur Marcel Roy et sa famille ont cependant conservé près de 60% des actions. (cf.entrevue avec Y. Bédard et M. Roy). Cette annonce d'une émission d'actions fit la manchette des journaux dans lesquels on pouvait lire :

> Le Groupe Champlain s'inscrira au régime d'épargne-action (REA) d'ici quelques semaines et doublera de taille en moins de cinq ans, grâce en partie à la privatisation des services aux personnes âgées. La firme, créée il y a 20 ans, déjà leader dans le marché des centres d'accueil et d'hébergement, prend ainsi une forte avance sur ses concurrents, en lançant une émission de 5,1 millions$, à 3$. l'action, déductible à 100% (125% dans le cas des employés). Dans la foulée du rapport du Comité des sages de Paul Gobeil, président du Conseil du Trésor, le président du Groupe Champlain, Marcel Roy, a déja offert à Québec de se charger de tous les centres d'accueil et d'hébergement de soins prolongés à 90% des coûts prévus du gouvernement (CLOUTIER, 1985).

L'entrée de ces nouveaux capitaux permit au Groupe d'acquérir, dès l'automne 1986, deux nouveaux CAH privés conventionnés. Il s'agit du Foyer Wheeler de 27 lits à Chateauguay, et du Foyer St-François de 37 lits à St-Hubert, ce qui porta à 64 le nombre de nouveaux bénéficiaires par rapport à un objectif visé de 350 en 18 mois (DETENTE, 1986b :8). De plus, le 1er novembre 1986, le Groupe Champlain se porta acquéreur du CHSLD privé conventionné Champlain-Beloeil d'une capacité de 57 lits. Le Groupe possède donc, actuellement, sept établissements privés conventionnés; son personnel atteint le nombre de 800 personnes (temps complet et temps partiel) et son chiffre d'affaires estimé en 1987-1988 est de 22 millions $.

3.1 Quelques éléments d'analyse

Le Groupe Champlain est constitué essentiellement de deux types de ressources, soit des établissements conventionnés et des résidences avec

services, sans permis du MSSS. Le Groupe a décidé de n'acquérir, jusqu'à présent, aucun centre d'accueil autofinancé.

La problématique spécifique aux CAH conventionnés a été développée au point 2.1, alors que celle relative aux résidences avec services l'est au point 6.1. Nous y référons le lecteur.

3.2 Perspectives de développement

En juin 1986, le Groupe Champlain déposait plusieurs demandes de permis au MSSS pour l'ouverture de nouveaux centres d'accueil d'hébergement et centres hospitaliers de soins de longue durée, tous conventionnés. Les régions visées par ces projets sont Montréal, Gatineau, Laurentides-Lanaudière, Valleyfield, Longueuil et Granby. Une demande de permis devrait également être transmise incessamment pour les régions de Québec et de la Mauricie. Jusqu'à présent, le MSSS n'a pas donné à ces demandes les suites souhaitées par le Groupe Champlain. Or, ce dernier croit pouvoir réaliser de tels projets à un prix ferme inférieur à celui du secteur public et dans des délais plus courts (GROUPE CHAMPLAIN, 1986b : 10)

Cependant, il s'agit toujours de projets conventionnés, c'est-à-dire subventionnés par l'Etat pour la totalité des frais d'exploitation moins la contribution des bénéficiaires, laquelle est fixée selon les mêmes normes que celles prévalant dans les CAH publics. Pour le Groupe Champlain, le rôle de l'Etat est de définir et contrôler la nature et la qualité des services et d'assurer à l'usager une protection contre l'exploitation abusive que certaines entreprises pourraient faire (GROUPE CHAMPLAIN, 1986b : 12). Il s'agit donc d'une perspective ou l'Etat assumerait une fonction de planification, de financement et de contrôle des services, lesquels seraient gérés et livrés par l'entreprise privée. D'ailleurs, le Groupe Champlain a bien formulé sa vision de son développement dans son mémoire à la Commission Rochon :

> Une entreprise privée comme le Groupe Champlain pourrait, après entente, offrir des services d'aide à domicile, des ressources intermédiaires comme les pensions surveillées et enfin réaliser et administrer des centres d'accueil d'hébergement (CAH) et des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHLD) privés conventionnés (GROUPE CHAMPLAIN, 1986b : 13).

4. Les centres d'accueil d'hébergement privés autofinancés

Les centres d'accueil d'hébergement autofinancés sont des établissements au sens de la Loi sur les services de sante et les services sociaux (L.R.Q. c. S-5). Ces derniers ne reçoivent aucune somme budgétaire de l'Etat. C'est le bénéficiaire qui paie entièrement le prix fixé par le propriétaire de l'établissement. La seule obligation des centres d'accueil autofinancés consiste à obtenir un permis du MSSS et à se conformer, par la suite, aux lois et normes en vigueur.

Ces CAH autofinancés offrent des services de santé et d'hébergement à une clientèle en perte d'autonomie, composée principalement de personnes âgées (ACAPA, 1986 :2). Ils sont regroupés au sein de l'Association des Centres d'Accueil Privés Autofinancés (ACAPA) qui fut fondée en 1984 et compte 70 établissements membres. Ils s'adressent à une clientèle en moins grande perte d'autonomie que celle des CAH publics ou conventionnés. En fait, la majorité de la clientèle serait composée de personnes âgées relativement autonomes . La situation serait cependant différente dans trois ou quatre établissements membres de l'ACAPA qui oeuvrent auprès d'une clientèle très lourde, s'apparentant à celle des CHSLD (cf. entrevue avec L.-H. Fournier).

Les centres d'accueil autofinancés comptent pour 12% de l'ensemble des places d'hébergement au Québec. (cf. Tableau 1). Par ailleurs, la répartition des ressources privées autofinancées selon les régions socio-sanitaires est très inégale. Ce sont les régions plus urbanisées qui comptent la plus forte

proportion de ressources privées autofinancées : plus particulièrement les régions de Montréal-métropolitain (06A), de la Montérégie (06C), de Québec (03), de Laurentides-Lanaudière (06B) et de l'Estrie (05).

A elles seules, ces cinq régions comptent 92.3% de toutes les places de centres d'accueil privés autofinancés au Québec alors que leur population âgée de 65 ans et plus ne représentent que 79.4% de l'ensemble québecois. De plus, les régions du Saguenay-Lac-St-Jean (02), de l'Outaouais (07), de l'Abitibi-Témiscamingue (08) et de la Côte-Nord (09) ne possèdent aucune ressource de ce type (MSSS, 1986 :3).

L evolution des CAH autofinances depuis une dizaine d'annees (1975-1986) se caractérise, en général, par une augmentation importante des ressources privées autofinancées après une pause entre 1978 et 1980. Ainsi, apres un certain recul de ce type de ressources entre 1975 et 1980, qui a vu passer le nombre de places de 3,269 à 2,296, soit une baisse de 30%, on assiste à une une augmentation importante qui s'est produite entre 1981 et 1986 puisque le nombre de places a augmenté de 93.6% passant de 2,296 a 4,446, réparties dans 114 établissements (MSSS,1986 : 27).

Dans la région de la Montérégie (06C), le réseau des CAH autofinances representent 20% des places d'hébergement et les demandes de permis pour de telles ressources croissent rapidement (CSSSM, 1986 : 56). Ce qui pourrait expliquer partiellement le developpement plus important dans cette region des CAH autofinances serait l'attitude du CSSS de la Monteregie a leur egard.

> On a mis beaucoup d'énergie au recrutement des promoteurs de centres d'accueil autofinancés. Quand ils s'adressaient à nous, on les rencontraient pour les aider. Nous avons favorisé que des CAH publics parrainent des CAH autofinancés en les jumelant pour les supporter et les encadrer (Entrevue avec L. Bélanger)

C'est seulement depuis l'automne 1986 que le CSSS de la Monterégie a réduit de cinq à une journée par semaine le temps consacré par un de ses conseillers au développement de CAH autofinancés. La croissance des places privées a atteint le niveau souhaité et :

> La préoccupation est maintenant de savoir comment rendre ce réseau plus vendable, comment on pourrait le "marketer" dans la population pour qu'il soit aussi bien perçu que le réseau public (Entrevue avec L. Bélanger).

4.1 Quelques éléments d'analyse

Du point de vue de l'ACAPA, les CAH autofinancés sont confrontés à une situation où, tout en détenant un permis du MSSS, ils n'obtiennent pas en retour la reconnaissance souhaitée de la part du réseau public et font même l'objet d'un boycottage qui les oblige a "faire des courbettes honteuses a certains travailleurs sociaux afin de se faire référer des bénéficiaires" (ACAPA, 1986 : 3). Ceci essentiellement parce que le réseau des CAH autofinancés n'est pas intégré aux systèmes régionaux d'admission en centres d'accueil d'hébergement mis sur pied par les CRSSS. De ce fait, ils doivent recruter eux-mêmes leurs bénéficiaires et ne peuvent référer rapidement un bénéficiaire dont la détérioration de l'état de santé nécessite l'accès a une ressource plus lourde.

Par ailleurs, l'ACAPA se plaint de la compétition des résidences de chambre et pension pour personnes âgées, lesquelles ne détiennent pas de permis du MSSS. Or, l'obtention d'un permis oblige les CAH autofinancés a se conformer à des normes et règlements dont le coût se répercute sur les tarifs aux bénéficiaires, les rendant moins compétitifs avec ceux des résidences.

Dans la région de la Monterégie, plusieurs projets privés d'ouverture d'un CAH autofinancé se sont transformés en résidences de chambre et

pension "puisque pour le même marché et les mêmes profits possibles il y a moins d'exigences à rencontrer". (Entrevue avec L. Bélanger).

Enfin, les CAH autofinancés considèrent comme un problème de ne pouvoir avoir accès aux services des CLSC, particulièrement les services de maintien à domicile, alors que ces services sont souvent disponibles aux personnes âgées habitant les résidences de chambre et pension. Du point de vue des CLSC, les CAH autofinancés, en étant des établissements au sens de la loi, se doivent d'offrir eux-mêmes les services à leurs bénéficiaires ou de recourir à des contrats de services pour le faire (cf. entrevue avec L. Langlois).

Pour résoudre ces différents problèmes, l'ACAPA revendique dans chacune des régions administratives de participer ou d'avoir accès.:

> a) aux commissions administratives des CRSSS;
> b) aux tables de concertation;
> c) aux comités d'admission et d'orientation (CAO);
> d (... aux) services des CLSC, si besoin;
> e) aux autres services disponibles du reseau public (ACAPA, 1986 :4).

Du point de vue du MSSS, les problèmes reliés au reseau des autofinancés renvoient davantage à sa répartition territoriale inégale, donc a son inaccessibilité géographique et aussi aux difficultés financières pour plusieurs personnes âgées face à ce type de ressource (cf. MSSS, 1986 :7-8). Ainsi, en 1986, il en coûtait entre 500 et 2 000 $ par mois à un bénéficiaire hébergé dans un centre d'accueil autofinancé. Plus une personne requiert des services et des soins, plus le tarif sera élevé. Or, selon l'ACAPA.:

> A 2,000$ par mois, un centre offre davantage de services et de ce fait, peut garder en hébergement beaucoup plus longtemps un cas qui s'alourdit. Cependant, une mince couche de la population peut se permettre de débourser ce montant pour s'offrir ou offrir à son aîné ce service dont il a besoin (ACAPA, 1986 : 6).

La situation est particulièrement problématique pour les personnes déjà hebergées et dont l'état se détériore. Ces dernières ont besoin de services de plus en plus nombreux et spécialisés, ce qui se répercute sur le prix demandé par le propriétaire. Même en se prévalant des déductions fiscales auxquelles elles ont droit pour leurs frais de services médicaux ou de résidence, plusieurs personnes ne peuvent payer la note. Ces mêmes individus, dans le réseau public, ne paieraient que pour le gîte et le couvert. Ces hausses de coût, pour le bénéficiaire et souvent sa famille, peuvent être tout aussi importantes que subites et exiger une relocalisation dans le réseau public ou conventionné, ce qui ne se fera pas sans difficulté, compte tenu des listes d'attente impressionnantes qui existent. Le problème qui se pose en est un d'équité entre la situation d'une personne qui, hébergée en CAH public ne paie que pour le gîte et le couvert, alors qu'une autre, en CAH autofinancé doit, en plus, débourser pour des services sociaux et de santé. Or, le principe de l'universalité doit permettre que tous aient accès aux services sociaux et de santé de façon comparable, ce qui ne semble pas être le cas pour une partie des bénéficiaires des CAH autofinancés.

Enfin, en ce qui concerne l'intégration des autofinancés au système régional d'admission en hébergement :

> Un inconvénient majeur à cette formule pour le Ministère serait que l'établissement demande de devenir un établissement conventionné lorsque les personnes référées seront en plus grande perte d'autonomie (MSSS, 1986 : 8).

4.2 Perspectives de développement

Selon le président de l'ACAPA, Monsieur Louis-Henri Fournier,"les rapports entre les autofinancés et l'Etat vont, depuis un an, de l'avant." (entrevue avec L.-H. Fournier). En fait, c'est en février 1986 que le MSSS reconnaissait officiellement l'ACAPA, alors qu'un comité conjoint réunissant

cette dernière et le Ministère, fut mis sur pied à partir de mars 1986 (DUMAS, 1986a :1).

Le 31 octobre 1986, M. Paulin Dumas, le sous-ministre adjoint à la direction générale des programmes de services sociaux du MSSS, écrivait aux CLSC et aux CRSSS :

> Nous faisons appel à votre collaboration pour que l'utilisation de ces ressources privées auto-financées soit optimale et ce, par les différents intervenants du réseau (DUMAS, 1986b : 2).

Cette démarche s'inscrit, selon le sous-ministre Dumas, dans l'objectif précis de faire considérer concrètement les ressources et les services des autofinancés comme partie intégrante de la gamme des ressources et services en place (DUMAS, 1986a : 11-12). Ainsi, dans la région de la Montérégie, le CRSSS a pour projet d'intégrer les CAH autofinancés au système régional d'admission en hébergement, alors qu'une demande de subvention a été adressée au MSSS pour retenir les services d'une infirmière qui aurait pour mandat d'offrir de la formation aux propriétaires et aux employés des centres d'accueil privés (CSSSM, 1986 :56). De plus, on suggère que les CLSC mettent sur pied une équipe de services à domicile qui desservirait exclusivement le réseau privé autofinancé alors que le reste des effectifs de maintien à domicile des CLSC se concentrerait sur le milieu naturel et ouvert. (cf. entrevue avec L. Bélanger et C. Lemieux.)

Or, cette nouvelle ouverture envers les autofinancés de la part du MSSS et de certains CRSSS fait réagir plusieurs intervenants. Ces derniers considèrent un peu contradictoire, d'une part, l'encouragement au recours à l'institutionnalisation que constitue la promotion des CAH autofinancés et, d'autre part, la politique de maintien à domicile et de désinstitutionnalisation du MSSS. (Cf. entrevue avec L. Langlois). En effet, compte tenu que les autofinancés, par définition, s'adressent à des clientèles en perte légère

d'autonomie, d'aucuns considèrent qu'ils ne constituent pas la réponse adéquate à ce type de besoins et, qu'au contraire, par la prise en charge institutionnelle qu'ils véhiculent, ils ont pour effet d'accroître et d'accélérer la dépendance et la perte d'autonomie de leur clientèle. C'est pourquoi la promotion des CAH autofinancés pourrait être interprétée comme une promotion de l'institutionnalisation et, de ce fait, interpeller la politique de désinstitutionnalisation du MSSS. Cette politique ne serait-elle valable que pour les institutions publiques? Si tel était le cas, les motifs en jeu se dévoileraient comme étant de nature strictement financière et n'auraient rien à voir avec les arguments sur la qualité de vie, la normalisation et l'intégration sociale, si souvent invoqués pour justifier la désinstitutionnalisation dans le secteur public.

Par ailleurs, un groupe de travail sur les orientations du MSSS concernant le réseau des ressources privées déposait, à la demande de la ministre, en juin 1986, un rapport contenant un certain nombre d'hypothèses concernant le développement du réseau privé autofinancé (MSSS, 1986a). Au printemps 1987, la ministre n'avait pas ncore pris position au sujet des quatre hypothèses spécifiques retenues par le rapport. Ces hypothèses étaient les suivantes:

a) Le MSSS pourrait accorder une aide financière à tout établissement privé autofinancé qui accepterait de recevoir des bénéficiaires en grande perte d'autonomie et qui lui seraient référés par le système régional d'admission. Un CAH autofinancé pourrait ainsi combler jusqu'à 20% de ses lits avec cette clientèle, pour un maximum, à travers le Québec, de 1,500 lits.

b) Le MSSS pourrait subventionner le bénéficiaire hébergé dans un CAH autofinancé pour la différence qu'il ne peut assumer entre sa contribution et le prix total chargé. Cette subvention pourrait varier entre 10$ et 25$ par jour.

c) Une autre hypothese serait de subventionner a 80% les ressources privées (comme les écoles privées dans le reseau de l'Education), la difference du coût étant assumée par le bénéficiaire (20%), ce qui aurait pour effet de conventionner de nouvelles ressources à partir de l'autofinancé.

d) Enfin, diverses mesures de maintien a domicile, dont certaines sont déjà en place, pourraient être développées afin de ne pas inciter les personnes en légère perte d'autonomie ou autonomes à demander une place dans un centre d'accueil privé ou toute autre ressource privée subventionnée.

Il s'agit de quatre hypothèses qui sont qualifiées de spécifiques alors que la dernière se veut globale et consiste à :

> Offrir un choix alternatif au système public a toute personne (ou à ses proches) vivant avec des incapacités persistantes dépassant le seuil pré-établi : financer directement la personne ou ses proches pour l'équivalent du temps nécessaire à la compensation des incapacités, et ce, après une évaluation systématique et périodique de celles-ci. La personne aurait alors le choix de :
>
> Vivre à domicile en se payant les services nécessaires soit de personnes engagées individuellement ou de compagnies de services.- Vivre dans un centre d'accueil privé autofinancé de son choix.- Participer à diverses autres formules possibles (conciergeries avec services, coopératives, pool de services, etc.) (MSSS,1986a:21).

Parmi les avantages identifiés de cette hypothèse, on note qu'elle "permet le développement d'organismes privés de services ou d'hébergement soumis aux lois du marché" (MSSS, 1986a :22).

Cette hypothèse rejoint intégralement les attentes de l'ACAPA, qui souhaite que l'Etat finance directement les individus au lieu des établissements et qu'ainsi, ils deviennent libres de choisir leur établissement. (cf. entrevue avec L.-H. Fournier). Par contre, cette proposition nécessite des

amendements législatifs préalables importants à la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui prévoit le financement des établissements et non des personnes. C'est sans doute ce qui faisait dire au sous-ministre Paulin Dumas, lors de son allocution à l'assemblée générale de l'ACAPA, concernant la problématique des CAH autofinancés : "Vous êtes pressés que toutes ces questions se clarifient? Pas plus que nous, mais disons-nous bien que tout réside dans le choix d'agir a l'intérieur du contexte législatif actuel ou de le modifier" (DUMAS, 1986a : 16).

Des orientations majeures à ce niveau devraient être prises incessamment par les plus hautes autorités du MSSS. Or, indépendamment de ces choix politiques, sur le terrain, le développement des CAH autofinancés est en croissance. Cette dernière est soutenue par une conjoncture que le CSSS de la Montérégie identifie de la façon suivante :

> La rareté des ressources de maintien à domicile, le vieillissement rapide de la population et le manque de ressources dans les centres d'hébergement publics nécessiteront un accroissement important des ressources privées (CSSSM, 1986 : 56).

5. Les pavillons et les centres d'accueil privés à taux fixes

Les pavillons et les établissements à taux fixe sont des ressources dites intermédiaires dans le sens où elles accueillent en principe des bénéficiaires en perte d'autonomie plus grande que les autofinancés mais moins sévère que les CAH publics ou conventionnés. Les pavillons, pour leur part, reçoivent du MSSS, via un contrat de services conclu avec un CAH public ou conventionné, un prix de journée pour chacun des bénéficiaires hébergés. Ce prix de journée est fixé par décret du gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les centres d'accueil privés à taux fixe sont également rémunérés sur la base d'un per diem indexé trimestriellement. Ce

dernier type de ressource représente à peine 423 places d'hébergement dans tout le Québec dont 255 dans la seule région de la Montérégie. En baisse constante depuis dix ans, ces ressources ne détiennent plus, en 1986, que le tiers des places de 1975 (MSSS, 1986: 27). De plus, les informations qui nous ont été communiquées sur les centres d'accueil à taux fixe de la Montérégie, font état qu'il s'agit de ressources ouvertes tant aux personnes âgées qu'aux adultes. C'est pourquoi nous n'investiguerons pas davantage sur ce type de ressource dans le cadre de cette recherche.

Quant aux pavillons, leur importance est beaucoup plus grande dans les services d'hébergement au Québec. Ils sont nés en 1976 alors que le MAS décidait de reconnaître un nombre important de "foyers illicites" jugés adéquats. L'explication alors évoquée par le MAS était la suivante :

> Il devenait essentiel de canaliser toutes ces petites ressources à l'intérieur d'un continuum de services et de soins adéquats et diversifiés, susceptibles de répondre aux besoins identifiés des adultes et des personnes âgées. L'objectif fut donc, à court terme, d'identifier les responsabilités professionnelles et administratives des établissements publics du réseau envers ces ressources et de tenter d'uniformiser les règles devant présider à leur bon fonctionnement comme prolongement du réseau d'établissements publics d'hébergement. L'opération pavillonnement devait rencontrer ces objectifs et fut lancée en avril 1976 (MAS, 1979 : 26).

Quelque 3,600 lits furent ainsi mis sous contrat de location de biens et de services. Le mandat initial visait l'intégration de 4,000 places de cette nature au réseau d'hébergement. Deux ans plus tard, on comptait 3,736 places en pavillon au Québec.

Dans tous les cas, le propriétaire s'engage à fournir le gîte et le couvert aux bénéficiaires du pavillon qui reçoit sa clientèle du système régional d'admission ou du centre d'accueil avec lequel est établi le contrat. C'est

d'ailleurs le centre d'accueil qui assure les services sociaux et de santé aux bénéficiaires du pavillon.

5.1 Quelques éléments d'analyse

La vocation des pavillons est d'accueillir des clientèles en perte d'autonomie moins importante qu'en CAH. D'ailleurs, le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (QUEBEC, 1985: 1) prévoit à l'article 3 :

> les centres d'hébergement peuvent dispenser des services à des bénéficiaires affectés d'une légère perte d'autonomie dans des pavillons accueillant au moins 10 bénéficiaires et reliés au centre par un contrat de location de biens et services.

Dès 1979, le MAS considérait que les personnes dont l'état requiert un hébergement en centre d'accueil ne peuvent pas fonctionner en pavillon, et que leurs responsables ne possèdent pas les moyens adéquats pour assurer les services requis. Ainsi, on concluait :

> Il est donc dangereux de tenter de satisfaire n'importe quel besoin par n'importe quel moyen. Substituer des pavillons à des centres d'accueil qu'il n'est pas possible de développer immédiatement s'avèrera à coup sûr et à court terme nocif à la fois pour les bénéficiaires et pour les ressources (MAS, 1979 : 28).

Il apparait donc que le problème principal des pavillons soit d'héberger trop souvent des clientèles en perte d'autonomie lourde et requérant des services au-delà des possibilités des pavillons. Ceci s'explique en raison de l'augmentation de la lourdeur des cas en centre d'accueil même, et aussi par l'existence des listes d'attente qui, rappelons-le, atteignent 7 000 noms en 1987.

5.2 Perspectives de développement

Les ressources privées que constituent les pavillons ne semblent pas devoir connaître, du moins dans un avenir prévisible, un développement significatif au Québec. Ceci en raison du constat effectué par le MAS en 1979, à savoir :

> Enfin, de récents relevés des ressources illicites connues du MA[illegible]s indiquent qu'environ 3 000 personnes sont actuellement hébergées dans celles-ci. Si l'opération pavillonnement a permis la normalisation et l'intégration au secteur public de près de 4 000 places, force nous est de constater qu'elle n'a eu aucun impact concernant la croissance, le rythme du développement des ressources non reconnues (MAS, 1979 : 27).

De plus, il n'est fait aucune place au développement des pavillons dans les hypothèses de travail du groupe chargé d'étudier les orientations du MSSS concernant le réseau des ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée au Québec (MSSS, 1986).

Cependant, la formule de sous-traitance que constitue, d'une certaine manière, le contrat qui lie un pavillon avec un centre d'accueil, en ce qui concerne les services de gîte et de couvert, pourrait être appliquée à ce type de services à l'intérieur même des centres d'accueil. Cela pourrait se réaliser sur une grande échelle si le MSSS optait pour un retrait de la livraison des services de gîte et de couvert afin de ne conserver que la distribution des services sociaux et de santé, dans le secteur de l'hébergement des personnes non autonomes, comme le veulent certaines hypothèses de travail à l'étude présentement au MSSS. (cf. entrevue avec L. Langlois).

6. Les résidences privées avec services

En matière d'hébergement de personnes âgées, l'article 136 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise : "nul ne peut exploiter un établissement s'il ne détient un permis permanent ou un permis temporaire délivré à cette fin par le ministre". En outre, l'article 1 de cette même loi définit le mot "établissement" comme suit : "un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de services sociaux ou un centre d'accueil." Les centres d'accueil d'hébergement s'adressent aux personnes non autonomes. Ces précisions légales ont engendré une pratique où les installations desservant des personnes autonomes ne peuvent être considérées comme illicites puisqu'elles n'ont pas de mandat associable à celui d'un établissement, tel un centre d'accueil d'hébergement, un centre hospitalier de soins prolongés et par extension, un pavillon ou une famille d'accueil.

Par contre, dès qu'une ressource d'hébergement dessert des personnes non autonomes, elle doit détenir un permis pour ce faire. La notion de non autonomie a été définie par le MAS en 1981 comme étant la suivante :

> Dès l'instant où une personne ne peut contrôler sa médication, nécessite une assistance régulière et continue tant sur le plan physique que psychique, elle appartient à une clientèle autre que celle de chambre et pension et requiert des services en résidence protégée (MAS, 1981 : 1).

Ainsi, les résidences qui accueillent des personnes autonomes n'ont en général besoin que d'un permis municipal d'exploitation commerciale alors que celles qui offrent des services à des résidents non autonomes, sans détenir de permis du MSSS, contreviennent à la loi et sont qualifiées de foyers illicites. C'est pourquoi, régulièrement, les foyers illicites, c'est-à-dire non detenteurs de permis, doivent faire l'objet d'un contrôle. Ainsi, en 1985-1986, pour la

seule région de la Montérégie, une quarantaine de dossiers de foyers illicites ont été étudiés par le CSSSM. Ces études se sont soldées, soit par la relocalisation des bénéficiaires, soit par une accréditation, généralement en tant que famille d'accueil, lorsque la qualité des lieux et la compétence des propriétaires le permettaient (CSSSM, 1986). A noter que dans son rapport annuel 1985-1986, le CSSSM souligne : "De plus, le CSSSM est intervenu auprès de plusieurs établissements publics tant de Montréal que de la Montérégie pour qu'ils cessent de référer des bénéficiaires dans les foyers illicites..." (CSSSM, 1986 : 56).

Or, malgré le terme 'illicite', il ne s'agit pas d'installations clandestines. Il s'agit plutôt de résidences de chambre et pension et autres services, avec pignon sur rue et, officiellement, pour personnes autonomes, mais qui, dans les faits, hébergent des individus en perte d'autonomie.

6.1 Quelques éléments d'analyse

Dans un rapport d'évaluation des résidences privées en 1984, le CSS Richelieu sélectionnait un échantillonnage de 30 ressources, dont 22 sans permis et 8 avec permis de centre d'accueil autofinancé, émis par le MSSS (CSSR, 1984). Une première constatation de ce rapport est qu'il n'y a, à toutes fins pratiques, que peu de différence, dans la qualité de vie pour les bénéficiaires, entre une résidence avec ou sans permis. La situation des 191 personnes bénéficiaires a été évaluée de façon détaillée. Parmi ces bénéficiaires, 136, soit 71% de la clientèle hébergée, furent évalués comme non autonomes . Le rapport du CSS Richelieu ajoutait:

> Sur les 191 personnes hébergées, seulement 49 (26%) administrent elles-mêmes leurs finances. Le reste, soit 142 personnes ou 74%, ont leurs biens administrés par un tiers. Or de ce nombre, seulement 46 personnes ont autorisé et signé une procuration (CSSR, 1984 : chapitre 11:4).

Le même rapport fait état de pratiques professionnelles qui s'inscrivent en connivence, non seulement avec le fait de tolérer des résidences sans permis, mais également avec le fait d' en mettre sur pied de nouvelles et y référer des clients.

> Certains ambulanciers réfèrent à leurs propres foyers illicites des clients desservis lors d'un transport ambulancier. Des infirmiers, préposés ou médecins, dans le cadre de leur travail au centre hospitalier, réfèrent dans leurs propres foyers ou dans un foyer tenu par un associé ou un conjoint. (CSSR, 1984 : 26).

Sans détenir de chiffres à l'appui, il est facile d'observer au Québec, et ce dans toutes les régions, un accroissement des résidences avec services pour personnes âgées. Certaines d'entres elles font même de la publicité dont le contenu est sans équivoque. Par exemple, sur un tableau d'affichage du CSSMM, en janvier 1987, nous retrouvions une lettre circulaire d'un groupe de résidences privées sans permis, qui présentait la clientèle visée par leurs services :

> Personnes en légère perte d'autonomie; qui ne peuvent préparer leurs repas, entretenir leur logis, ou ne peuvent prendre leurs médicaments adéquatement. L'infirmière prendra en charge la médication [...] Nous offrons aussi le service de gens qualifiés pour aider à la toilette personnelle ou bain. Le service de cabaret à la chambre pour les repas est aussi disponible (LE FLEURALIE, 1987).

Dans la même publicité, on mentionne la présence d'une clinique médicale avec visite aux appartements, de même que le service d'une infirmière 24 heures et des services disponibles de physiothérapie et de prélèvements sanguins.. Le coût pour l'ensemble de ces services s'élève à plus de 2 000 $ par mois pour un couple, et au moins à 1 200 $ pour une personne seule.

Dans les résidences du Groupe Champlain, nous retrouvons également une gamme de services personnels qui "théoriquement devraient être donnés par des organismes gouvernementaux mais qui n'en n'ont pas les finances, tel l'aide au bain". (Entrevue avec M. Roy). Il faut noter que les résidents doivent, dans ces cas, débourser pour ces services qui, dispensés par le réseau public, sont gratuits. [3] Les problèmes d'équité et d'universalité se posent de nouveau ici.

Plusieurs résidences privées de type chambre et pension apparaissent donc de plus en plus être des établissements avec services qui devraient détenir a tout le moins un permis de centre d'accueil privé autofinance. De cette manière, un minimum de contrôle sur la qualité des services offerts pourrait être exercé, de même que pourraient être imposés des standards quant aux conditions d'hébergement des résidents-es qui, rappelons-le, sont souvent non autonomes. Cependant, notons qu'il existe une problématique spécifique aux centres d'accueil privés autofinancés (cf. la section 4.1. de ce chapitre). De plus, le développement incontrôlé des résidences privées avec services risque de placer le MSSS devant une situation de faits dans quelques années. En effet, lorsque les clientèles de ces résidences deviendront en perte lourde d'autonomie, plusieurs d'entre elles pourraient demander le statut de CAH conventionné. Or, si le développement futur des places d'hébergement subventionnées par l'Etat devait se faire par ce biais, c'est-à-dire de façon non planifiée et, conséquemment, plus ou moins anarchique, il en découlerait de possibles problèmes de disparités régionales en termes de ressources. Ceci en raison du mode de développement des

---

[3] La pratique des CLSC est ici variable puisque certains acceptent de desservir des usagers en résidence de chambre et pension alors que d'autres refusent ou se limitent aux soins infirmiers. Cependant, à domicile, le service d'aide au bain par les CLSC fait partie des services de base et gratuits mais disponibles selon l'état des ressources.

résidences privées qui se concentrent là où existent, en nombre suffisant, les personnes âgées aux revenus plus élevés que la moyenne.

6.2 Perspectives de développement

Telles qu'elles apparaissent à l'heure actuelle, les résidences privées avec services pour personnes âgées ont le vent dans les voiles. Plusieurs organismes ont attiré l'attention sur la croissance de ces résidences dans leur mémoire à la Commission Rochon (cf. ACSSQ, 1986; CSN, 1986; FCLSCQ, 1986). L'explication de cette croissance pourrait être la suivante :

> [...] il est clair que le réseau d'hébergement privé autofinancé,qu'il ait un permis ou non, répond à un besoin réel. Il accueille ces personnes que le réseau public ne dessert pas ou fait languir (CSSR, 1984 : Chapitre 11 :6).

En raison de la pénurie des ressources de maintien à domicile, du vieillissement rapide de la population, des listes d'attente dans le réseau d'hébergement public, il s'est créé un marché lucratif pour des entreprises privées d'hébergement offrant des services divers. Le permis de CAH autofinancé étant jugé par les propriétaires comme une source de contraintes, n'apportant aucun avantage en contrepartie, le choix qui risque d'être privilégié de plus en plus sera en faveur de la résidence avec services et sans permis. Ce choix est d'autant plus facilité qu'il est notoire que les contrôles et les inspections du MSSS ,sur les résidences desservant des personnes non autonomes, sont plutôt symboliques qu'effectifs. D'ailleurs, en termes clairs, des fonctionnaires qui décident de fermer une résidence privée sans permis et hébergeant des personnes non autonomes, se retrouvent avec, sur les bras, de nombreux bénéficiaires qu'il est pratiquement impossible de placer en CAH faute de places disponibles.

7. Les familles d'accueil

Au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une famille d'accueil est une "famille qui prend en charge un ou plusieurs adultes ou enfants, d'un nombre maximum de neuf (9), qui lui sont confiés par l'entremise d'un centre de services sociaux" (L.R.Q., c. S -5 : art. 10). Les familles d'accueil constituent actuellement une alternative à l'hébergement en institution proprement dite pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces ressources sont partie intégrante du reseau de la santé et des services sociaux et sont sous la responsabilité administrative des centres de services sociaux. Elles offrent, en plus du gîte et du couvert, des services de protection sociale et d'encadrement aux personnes qui y resident.

Les règlements issus de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient trois types de familles d'accueil :

- Les familles d'accueil régulières répondent aux besoins courants des personnes nécessitant une mesure de protection sociale et appliquent, pour chaque bénéficiaire, un plan d'intervention élaboré par les praticiens d'un CSS.

-Les familles d'accueil spéciales exercent le rôle d'une famille d'accueil régulière et assument des responsabilités additionnelles à l'égard des bénéficiaires.

- Les familles d'accueil de réadaptation soutiennent un programme de réadaptation établi, pour une durée limitée et pour chaque beneficiaire, par un établissement lié à un CSS par contrat de services.

L'immense majorité des bénéficiaires de plus de 65 ans est hébergee en familles d'accueil régulière.

C'est le MSSS qui détermine les aspects financiers relatifs au placement des personnes âgées en famille d'accueil alors que les CSS les appliquent. Le

bénéficiaire contribue en tout ou en partie au paiement de sa pension qui est déterminée périodiquement par le MSSS. Pour chaque mois de présence d'un bénéficiaire, le CSS verse à la famille d'accueil ce qu'il est convenu d'appeler le "différentiel". Comme pour la contribution des bénéficiaires, le montant est fixé de façon périodique par le MSSS selon le type de famille d'accueil et constitue la différence entre la pension versée par le bénéficiaire et le montant dû à la famille d'accueil. Or, la presque totalité des personnes âgées de plus de 65 ans défraient entièrement le coût mensuel d'hébergement en famille d'accueil régulière. En effet, ce dernier est fixé autour de 200$ en-deçà du montant mensuel alloué pour la pension de vieillesse et pour le supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral.

Au 31 mars 1986, on comptait 12 499 bénéficiaires en famille d'accueil au Québec dont 3 649 personnes de plus de 65 ans .

7.1. Quelques éléments d'analyse

Dans une étude sur le réseau des familles d'accueil de la région de Montréal métropolitain (CSSSMM, 1986), on note qu'originairement, la clientèle prévue en famille d'accueil était celle en attente d'un placement en centres d'accueil d'hébergement, à l'époque où ces derniers privilégiaient l'admission de clientèle en légère perte d'autonomie.

Or, au fil des années, l'augmentation en nombre et en proportion de la population âgée, le resserrement des critères d'admission en centres d'accueil d'hébergement et la pauvreté des services à domicile réguliers et continus auraient refoulé vers le réseau des familles d'accueil une clientèle âgée dont les besoins en services sont beaucoup plus grands que les services généralement rendus par le réseau régulier des familles d'accueil.

On assiste alors à un processus de refoulement avec, au centre, le réseau régulier des familles d'accueil qui, d'un côté, subit le débordement de la

clientèle âgée, incapable, sans support adéquat, de demeurer à domicile, et de l'autre côté, le refoulement de la clientèle âgée ne satisfaisant pas aux critères d'admission en CAH.

Dans cette conjoncture, les CSS de la région de Montréal ont exprimé l'avis que le réseau régulier de familles d'accueil sert de déversoir pour l'hébergement des personnes âgées non desservies par les autres services sans que pour autant il n'ait été prévu une augmentation des ressources en familles d'accueil pour assurer l'adéquation entre les besoins à combler et les services à dispenser (CSSSMM, 1986).

Le 27 mars 1986, le Conseil d'administration du CSSSMM adoptait la position suivante :

> Le bilan de l'organisation et de l'opération du réseau des familles d'accueil pour adultes et personnes âgées de la région montréalaise, nous amène à conclure que le réseau non institutionnel des familles d'accueil ne bénéficie pas du MSSS d'un investissement comparable à celui du réseau institutionnel. La clientèle, les familles d'accueil et les CSS sont confrontés à des problèmes importants au plan du programme, de l'organisation des services et du financement de ces ressources (CSSSMM, 1986 :6).

Plus spécifiquement, la problématique affectant les familles d'accueil peut se résumer dans les six éléments :1). l'alourdissement des besoins des bénéficiaires; 2) la carence de support professionnel de la part des CSS et la difficulté d'avoir accès aux services à domicile des CLSC; 3) l'absence d'un service de repit pour les responsables de familles d'accueil; 4) l'insuffisance de formation; 5) l'absence d'une compensation adéquate pour les investissements requis et le travail à effectuer; 6) la confusion du statut légal et fiscal. Ce dernier point mérite qu'on s'y attarde, puisque **Revenu Québec** reconnait a la famille d'accueil un statut d'entreprise commerciale imposable. Toutefois, en

raison des faibles revenus, il la dispense de déclaration d'impôt, tandis que **Revenu Canada** lui reconnaît un statut à vocation sociale exempt de déclaration d'impôt.

De plus, plusieurs municipalités interdisent l'établissements de familles d'accueil dans des zones résidentielles et leur imposent une taxe d'affaires. Par ailleurs, la famille d'accueil, en dispensant des services de protection sociale et d'hébergement aux bénéficiaires qui lui sont confiés, s'inscrit, au sens de la Loi (LRQ, c.S.-5), dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux et n'a pas besoin, en vertu de l'article 145, de détenir un permis municipal, mais doit répondre aux normes de la municipalité.

La question de fond qui est soulevée ici invite à déterminer le caractère commercial ou non de la ressource privée que constitue une famille d'accueil. Les points de vue sont extrêmement partagés et l'état de nos recherches ne nous permet pas de trancher sur la part des considérations humanitaires et altruistes dans la motivation des familles d'accueil à héberger des bénéficiaires par rapport à la proportion des considérations mercantiles. Bien plus, dans quelle mesure peut-on considérer les montants reçus par les familles d'accueil comme de véritables revenus plutôt que de simples compensations financières? En d'autres termes, est-il possible de parler de profits, donc de but lucratif, dans la majorité des familles d'accueil? Nous n'avons pas de réponse à offrir actuellement à ces questions.

7.2 Perspectives de développement

Selon la direction des ressources à la clientèle du CSSMM, le développement des familles d'accueil semble compromis (cf. entrevue avec M. Lacasse et M. F. Rabeau). Le manque d'injection financière par le MSSS dans le réseau des familles d'accueil, le problème du statut légal et fiscal et la trop faible contribution des bénéficiaires âgés seraient les causes principales des

difficultés de recrutement par les CSS de nouvelles familles d'accueil régulières. Par ailleurs, le type de conditions de vie offert par les familles d'accueil déplait à une certaine proportion des bénéficiaires potentiels qui choisiraient alors d'être hébergés en CAH autofinancés ou en résidence privées avec services, même si le coût en est plus élevé. C'est pourquoi, dans plusieurs milieux, les familles d'accueil se trouvent aux prises avec un problème de recrutement de clientèle.

Cependant, d'autres formules semblent vouloir prendre le relais telles les résidences d'accueil dont 120 places ont été autorisées dans la région de Québec, en mai 1986, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences (MSSS,1986b). Cette mesure est décrite de la façon suivante :

> Création de 120 places en résidences d'accueil de type appartements supervisés et familles-ressources pour les personnes âgées, assurant à celles-ci une surveillance et une présence constantes de façon à leur préserver une qualité de vie. Bien qu'au sens de la loi, le titre de famille d'accueil s'applique, il faut voir ici que l'on fait appel à la disponibilité de personnes-ressources en mesure d'assurer une présence auprès des personnes en perte d'autonomie, que ce soit au sein d'une famille-ressource ou dans le cadre d'appartements supervisés. (MSSS, 1986b)

Cette mesure vise à libérer 120 lits de soins de courte durée occupés par des bénéficiaires qui requièrent des soins de longue durée. Pour faciliter la réalisation de cette mesure, le MSSS favorise l'établissement d'un protocole d'entente entre le CSS, d'une part, et le CLSC et les CHSCD du territoire, d'autre part. Ce protocole vise à apporter un support efficace aux personnes-ressources qui offriraient aux bénéficiaires qui leur sont confiés les soins et services requis.

A première vue, une telle orientation modifie sensiblement la vocation originale des familles d'accueil. D'un milieu de vie le plus naturel possible,

nous glissons ici vers une ressource de type intermédiaire qui peut prendre la forme entre autres d'un appartement supervisé de l'extérieur par une personne-ressource. Si cette tendance va en s'accroissant, il sera peut-être éventuellement plus facile de trancher sur la nature lucrative ou non des familles d'accueil.

Conclusion

Les pratiques de privatisation dans le secteur des services d'hébergement aux personnes âgées non autonomes ont été mises en relief tout au long de ce chapitre. Les principales formes sont les six suivantes :

1) Le recours aux secteurs privé volontaire et commercial à l'intérieur des CAH publics pour l'exécution de certaines tâches et activités.

2)L'augmentation des places en CAH conventionnés dans la région de Montréal à la faveur d'une des mesures du MSSS pour le désengorgement des urgences.

3) L'expansion du principal groupe d'intérêts privés dans le domaine des services d'hébergement pour personnes âgées soit le Groupe Champlain.

4) La montée des CAH autofinancés et les appuis nouveaux qu'ils reçoivent du MSSS et de certains CRSSS.

5) Le développement majeur des résidences privées avec services (sans permis) s'adressant à des personnes âgées non autonomes ou en voie de le devenir.

6) L'apparition d'un nouveau type de famille d'accueil plus près d'une réalité de petite entreprise contractuelle que d'un milieu familial substitut.

La privatisation est ici favorisée par une conjoncture ou dominent le vieillissement accéléré de la population, la rareté des services de maintien à domicile pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie et, finalement, les carences dans le système d'hébergement public. Ces carences se

manifestent sous forme de manque de places, de listes d'attente, de disparités régionales et d'insuffisance de services intégrés (Centres de jour, hébergement temporaire, hôpitaux de jour, etc.).

Or, la problématique et les enjeux soulevés par la privatisation dans le secteur des services d'hébergement renvoient à des questions fondamentales comme l'accessibilité géographique et financiere aux services; le contrôle de la qualité de ces services; l'accélération de la perte d'autonomie liée à l'institutionnalisation précoce d'une partie de la clientèle; et, enfin, à la pertinence économique pour l'Etat d'investir dans des établissements qui demeureront toujours des propriétés privées.

Mais en plus de ces considérations, nous pouvons nous interroger à savoir si, à terme, le développement des services d'hébergement lucratifs non subventionnés, donc défrayés par les bénéficiaires, n'est pas en train de mener à un clivage dans la population âgée non autonome et en besoin d'hébergement. En effet, nous assistons de plus en plus fréquemment a des situations où des personnes âgées non autonomes et disposant de revenus un peu plus élevés que la moyenne, décident de s'offrir en privé la réponse à leur besoin et cela, en raison du manque de services publics à domicile ou des délais sur la listes d'attentes des CAH publics. Or, l'évolution de ce phenomene risque de conduire à une situation où presqu'exclusivement les personnes tres défavorisées économiquement auraient accès aux services publics faute de moyens pour recourir au privé. Si tel devenait le cas, c'est la question de l'universalité des services qui serait mise en cause, à la faveur de la constitution d'une forme de ghetto des personnes âgées "pauvres, nécessiteuses et indigentes" dans le réseau public. Une telle marginalisation comporterait sans doute son lot de stigmatisation et de remises en question des services publics,en qualité et en quantité, par les non bénéficiaires.

BIBLIOGRAPHIE

ACAPA (1984), La situation actuelle des centres d'accueil autofinancés de la région du Montréal métropolitain. Mémoire présenté au Ministre des affaires sociales du Québec, mars 1984, 5 p.

ACAPA (1986), Mémoire sur la privatisation des services de santé, presenté a la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Association des centres d'accueil privés auto-financés Montréal, 11 p.

ACHAP (1986), Un choix de société. Le système socio-sanitaire québecois. Une réponse à nos besoins à la mesure de nos moyens. Commentaires et réflexions déposés devant la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux au Québec, Montréal, 22 p.

ACSSQ (1986), Les services sociaux au Québec : problèmes spécifiques et pistes de solution, Montréal, Association des centres de services sociaux au Québec.

BOUDREAU, Omer et CARRIER, Denis (1973), Document préliminaire visant l'établissement de la politique du MAS à l'égard du troisième âge, MAS, Direction générale de la planification, Québec, 54 p.

BOUCHER, Yvon (1986), La désistitutionnalisation chez les personnes agées : ses formes et ses déterminations, Mémoire de maîtrise en sociologie, UQAM, 195 p.

CLOUTIER, Laurier (1985), "Le Groupe Champlain se propose pour la privatisation de certains services de santé", in La Presse, 10 decembre 1985.

CSN (1986), La santé pour tous : un choix de société, Confédération des syndicats nationaux, Montréal.

CSSMM (1986), Manuel familles d'accueuil adultes, personnes âgées, Centre des services sociaux de Montréal métropolitain, Montreal, 28 p.

CSSR (1984), Afin que demain... Centre de services sociaux Richelieu, Longueuil, 440 p.

CSSS[illegible] (1986), Rapport annuel 1985-86, Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 92 p.

CSSSRMM (1986), Rapport synthèse et recommandations concernant le vecu des familles d'accueil pour adultes et personnes âgées de la région de Montreal métropolitain, Montréal, 40 p.

CSSSMM (1987), Région 06A : équilibre privé-public dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, Montréal, 2 p.

D'AMOURS, Martine (1986) "Dossier santé, le retour du privé", Vie ouvrière, volume XXXV, no. 198.

DETENTE (1986a), Publication trimestrielle du Groupe Champlain, Montréal, vol. 9 no. 2, 92 p.

DETENTE (1986b), Publication trimestrielle du Groupe Champlain, Vol. 9, no 3, 84 p.

DUMAS, Paulin (1986a), Allocution prononcée par M. Paulin Dumas, sous-ministre adjoint à l'assemblée générale de l'association des centres d'accueil privés auto-financés, MSSS, Québec, 16 p.

DUMAS, Paulin (1986b), Lettre aux directeurs généraux des CLSC et des CRSSS, objet : les centres d'accueil privés auto-financés, Québec, 2 p.

FCLSCQ (1986), Quelques pistes de solution aux problèmes du système de services de santé et de services sociaux de Québec. Document de réflexion, Montréal, Fédération des CLSC du Québec.

GROUPE CHAMPLAIN(1986a), Le Groupe Champlain, au service des personnes âgées et des adultes handicapés, dépliant d'information, Montréal.

GROUPE CHAMPLAIN (1986b), Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Montréal, 14 p.

LAZURE, Denis (1977), Lettre à M. Daniel Holdrinet, président de l'ADEP., Québec, le 22 juillet 1977, 5 p.

LE FLEURALIE (1987), Résidences les Fleuralies I et II, et au Fil de l'eau, clientèle visée, annexe d'une lettre adressée au Service social par la résidence le Fleuralie, Montréal.

LRQ [Lois refondues du Québec], chapitre S-5.

MARTEL, Marthe (1987), "Manque de lits pour malades chroniques, le chef de cabinet de la ministre Lavoie-Roux vient constater la situation", Journal Le Soleil, Valleyfield, 15 février 1987.

MARTIN, Jean-Marie (1970), Pour une politique de la vieillesse, Annexe No 17 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, Québec, 170 p.

MAS (1977), Le ministère des Affaires sociales et les personnes âgées, Québec, MAS, Direction générale de la planification, document de travail, Québec, 65 p.

MAS (1979), Etude et recommandations concernant le développement des C.A. privés auto-financés et des pavillons, Direction générale des programmes de services sociaux, Québec, 47 p.

MAS (1981, Etude par le comité-synthèse des rapports présentés suite à la visite des installations sans permis du MAS, Québec.

MAS (1984), La population âgée à domicile, nature des besoins et éléments de réponse, Rapport du groupe de travail sur les alternatives à l'institutionnalisation, MAS, Québec, 46 p.

MAS (1985), Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, MAS, Québec, 61 p.

MSSS (1986a), Etat de situation préliminaire et proposition d'hypothèse de travail, les orientations du ministère de la Santé et des services sociaux concernant le réseau de services privés d'hébergement et de soins de longue durée au Québec, Québec, 33 p.

MSSS (1986b), Texte des mesures visant le désengorgement des urgences, Québec.

QUEBEC (1985), "Règlement sur l'organisation et l'administration des établissement" in Règlements adoptés en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux, Editeur officiel, Québec, 21 p.

SERVICE SOCIAL (1985), "Personne âgée, milieux de vie et pratiques sociales", Service social, vol. 34, no 1, Université Laval, Québec, 197 p.

Chapitre 6

Pratiques de privatisation dans les services sociaux aux personnes âgées : Deuxième volet : Les services de maintien à domicile

Introduction

De façon générale, les services de maintien à domicile (MAD) se définissent comme "l'ensemble des activités visant à apporter au domicile du bénéficiaire un soutien moral, matériel et médical, susceptible de compenser une perte d'autonomie, de prévenir ou de pallier à une situation de crise ainsi que d'éviter ou d'abréger le séjour en institution" (MAS, 1979a: 7).

Ces services se subdivisent en deux grands secteurs :

1) **Les soins à domicile**, dispensés principalement par du personnel infirmier et comprenant des activités telles que les injections, les prélèvements sanguins, les soins requis après une chirurgie, la surveillance des signes vitaux, l'enseignement, certains traitements de physiothérapie, d'ergothérapie, etc.

2) **L'aide à domicile**, dispensée par des auxiliaires familiales et comprenant des activités telles que l'assistance au bain et à l'hygiène personnelle, la préparation des repas, l'entretien ménager, l'enseignement, etc.

Les clientèles-cibles pour ce type de services sont les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades chroniques, les patients des centres hospitaliers (post-opératoires) et les familles en difficultés. C'est cependant

la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie qui a le plus recours aux services de maintien à domicile.

La préoccupation pour les services à domicile est relativement récente au Québec et correspond aux premières prises de conscience des effets indésirables de l'institutionnalisation. Dans son rapport annuel 1964-65, le MINISTERE DE LA FAMILLE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL écrivait :

> Des études récentes ont révélé que le nombre de personnes âgées optant pour l'hébergement collectif augmente d'année en année et que le taux de cette augmentation semble supérieur à celui de l'accroissement de la population (1965 : 69).
>
> Il est extrêmement important que les personnes âgées puissent continuer à habiter leur propre domicile, car autrement il faudrait faire des investissements sociaux considérables pour assurer le logement de l'ensemble de la population âgée (1965 : 73).

Il devenait donc nécessaire pour l'Etat québécois de se tourner vers d'autres types de solutions plus diversifiées et moins coûteuses que l'institutionnalisation. Les services à domicile se présentent alors comme une alternative avantageuse. Mais, l'organisation et la disponibilité de ces services, à la fin des années 1960, semblent des plus problématiques. En effet, dans l'annexe 17 du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, Jean-Marie MARTIN mentionne :

> D'abord, en ce qui a trait aux services de soins à domicile, ils n'existent tout simplement pas, si ce n'est que très rarement et de façon accidentelle.
> (1970 : 136)
>
> Même les gens âgées qui ont un revenu élevé ont, de nos jours, beaucoup de difficulté à trouver des personnes qui, d'une façon permanente, vont

> accepter de leur donner les soins requis et de s'occuper des travaux domestiques (1970 : 135).
>
> (...) du seul point de vue monétaire, le service d'aide à domicile est très avantageux si on le compare avec les frais des soins hospitaliers (1970: 135).

Toujours selon Jean-Marie MARTIN, ce programme devait faire l'objet d'une priorité. Il permettrait d'éviter l'institution, c'est-à-dire de retarder l'hébergement ; de réduire les durées de séjour en institution; de construire moins de centres d'hébergement et de réserver moins de lits dans les hôpitaux.

> Dans une politique à court terme pour la vieillesse, un programme de services d'aide à domicile doit recevoir, du point de vue de sa mise en oeuvre dans le temps et des ressources qu'il faut y consacrer, la plus haute priorité; étant donné l'organisation actuelle des services destinés aux vieillards, ce programme revêt un caractère d'urgence et a une importance plus grande que celle de tout autre programme (1970 : 135).
>
> Ces services doivent être organisés de telle façon qu'on puisse y recourir partout dans la province, sauf peut-être, dans les territoires où la dispersion de la population rend la chose impraticable. C'est dire que l'on doit chercher à établir un véritable réseau provincial de services, bien coordonné, doté d'un personnel compétent et soumis à une vigilance et à un contrôle constant exercés par l'Etat (1970 : 134).

Historiquement, les services à domicile ont gravité autour de deux pôles (BELAND, 1983). Un premier invitait concevoir ces services comme une extension des services hospitaliers; de ce fait, les services devaient être distribués dans le cadre de programmes s'adressant à des malades sous une

autorité médicale. Un second pôle renvoie à une conception plus globale, utilisée particulièrement en gérontologie ; en référence à ce pôle, les services à domicile s'apparentent à des services d'aide systématiques visant à pallier aux pertes de fonctionnalité des clientèles, aux plans social, psychologique ou physique. Cette conception fait appel aux équipes multidisciplinaires et à la dimension préventive dans les programmes d'intervention professionnelle. Dès 1973, le ministère des Affaires sociales (MAS) s'inspire largement de cette deuxième conception dans les premiers travaux d'articulation d'une politique à l'égard du troisième âge (BOUDREAU et CARRIER, 1973). Ainsi on opte pour les principes du maintien dans le milieu de vie naturel et de l'intégration sociale des personnes âgées en perte d'autonomie.

Or, pour être efficace, cette orientation devait impliquer la mise en place d'une diversité de mesures préventives et curatives les moins envahissantes possibles. A cet effet, on identifie des programmes de services et de soins à domicile visant à améliorer les conditions des personnes aptes à vivre chez elles (repas, entretien domestique, soins infirmiers, visites amicales, etc).

De plus, les CLSC sont ciblés comme des organismes dispensateurs des services de maintien à domicile. Ainsi selon les orientations du MAS en 1973, les CLSC. doivent intégrer le personnel des 75 unités sanitaires existantes de même que le personnel des services de soins à domicile, ces derniers étant rattachés jusqu'alors, soit à des hôpitaux, soit à des services de soins à domicile autonomes (MAS, 1973).

> Les CLSC étaient l'outil idéal de développement des nouvelles politiques du ministère, issues de la réforme. Le problème était que le réseau des CLSC

> n'était pas complété et en place (Entrevue avec D. Carrier).

Les services de maintien à domicile se sont graduellement développés dans les CLSC, là où ils existaient et ailleurs par suppléance, dans les Départements de santé communautaire et les Centres de services sociaux.

Ainsi, le MAS consacrait, en 1976, une somme dépassant 22 $ millions aux services à domicile. Les effectifs comptaient, au total, 480 infirmières visiteuses, 47 autres professionnels (physiothérapeutes, inhalothérapeutes, etc..) et 885 auxiliaires familiales dont 440 dans les CLSC et 445 dans les CSS (MAS, 1979a : 23).

Le secteur des services de maintien à domicile connut donc une forte poussée d'étatisation à la faveur de la réforme de la santé et des services sociaux au Québec. Son budget devient protégé et ne peut être utilisé à d'autres fins par les institutions publiques.[1] Une politique officielle du MAS sur les services à domicile fut adoptée en 1979. Cette politique en déterminait le caractère largement public (MAS, 1979a).

> Le développement de ces services nécessite un effort financier important de la part de l'Etat. Il lui appartient d'assurer partout une organisation stable et permanente des services. Cette responsabilité va de pair avec l'évolution des droits sociaux. Aujourd'hui, l'Etat doit répondre à des besoins individuels primordiaux que les structures sociales ne peuvent plus assumer. Pour un certain nombre de personnes, les services à domicile font partie des conditions essentielles à une qualité de vie adéquate (1979a :17).

---

1 Le budget protégé des services à domicile est divisé en deux enveloppes, soit l'une pour les soins infirmiers et l'autre pour l'aide dispensée par les auxiliaires familiales.

> En l'absence de CLSC, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux devront confier à un autre établissement public du réseau des Affaires sociales ou à un organisme hors du réseau mais à but non lucratif, la responsabilité d'assumer la distribution des services à domicile à caractères généraux (1979a :16).
>
> Il en résulte qu'au fur et à mesure du développement des CLSC, le personnel dispensateur de services à domicile devra prioritairement se retrouver au sein de ces établissements (1979a : 13).

Or, tel que la réalité apparaît en 1987, les services à domicile utilisés par les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades et les familles en difficulté proviennent de sources beaucoup plus diversifiées que les seuls services publics. A ces derniers, s'ajoutent les services offerts par le secteur privé volontaire, le secteur privé commercial, les coopératives de travail et, enfin, les services offerts par des travailleurs autonomes. Pour situer l'importance relative de chacun de ces secteurs, commençons par dresser le portrait actuel des services publics de maintien à domicile.

1. Les services publics de maintien à domicile

Par sa politique de 1979, le MAS visait à répondre à un certain nombre de problèmes relatifs aux services à domicile publics :

> Ces services demeurent encore géographiquement mal répartis, mal coordonnés et d'accessibilité très inégale. Il existe de plus un manque de cohésion dans les critères d'admissions des bénéficiaires (MAS, 1979a : 6).

Les objectifs de la politique visaient le maintien des individus en perte d'autonomie dans leur milieu naturel, l'amélioration de leurs conditions

sociales et matérielles, leur réinsertion sociale et leur réadaptation, si nécessaire, ainsi que l'utilisation optimale des ressources plus spécialisées comme le centre hospitalier et le centre d'accueil d'hébergement.

Pour réaliser sa politique, le MAS protégeait une enveloppe budgétaire et confirmait le CLSC comme principal dispensateur de services à domicile à caractères généraux. Enfin, il confiait au CRSSS la responsabilité de coordonner les services à domicile sur leur territoire en jouant les rôles de planification, programmation, financement et évaluation (Arrêté en conseil, 1979).

De plus, cette politique du MAS identifie un certain nombre de paramètres qui devraient guider le développement des services à domicile. On y définit les besoins auxquels doivent répondre les services à domicile, le type d'organisation administrative requis, le principe de gratuité[2] et, enfin, les critères d'admissibilité aux services. Quant à l'universalité des services, elle est nuancée par l'affirmation voulant qu'"une attention particulière devra être accordée aux personnes qui, faute de ressources financières, ne peuvent se procurer elles-mêmes le support requis." (1979a: 25). Cependant, la même politique fait explicitement référence à une circulaire du MAS de 1977 et toujours en vigueur aujourd'hui[3] où l'on précise: "Les critères d'admission [aux services à domicile] doivent être basés sur les besoins

---

[2] Le principe de la gratuité des services à domicile est retenu en 1979 contrairement à une proposition contenue dans un document préliminaire du MAS de 1976 sur un projet de politique de services à domicile où était élaboré toute une grille de tarification en fonction des revenus des usagers (MAS, 1976: 58-65). C'est pour éviter de favoriser le recours à l'institution dont les services sont gratuits et deviendraient plus attirants, que fut adoptée la gratuité des services de MAD.

[3] Cette circulaire fait partie du Répertoire des normes et pratiques de gestion du MSSS, mis à jour en mai 1986, et apparait sous la rubrique vol. 01, chapitre 01, sujet 20, document 01.

socio-sanitaires réels de l'individu et non sur sa situation pécunière." (MAS, 1977b).

De cette politique, il nous est permis d'extraire un certain nombre d'orientations majeures. Premièrement, les services à domicile relèvent de la responsabilité de l'Etat qui devra y consentir des efforts importants dont une partie visant à soutenir le secteur privé volontaire dans le cadre cependant de limites claires :

> Posée comme essentielle, l'action volontaire ne saurait en faire la principale ressource des services à domicile. Le développement de ces services nécessite un effort financier important de la part de l'Etat. Il lui appartient d'assurer partout une organisation stable et permanente des services (1979a :17).

Deuxièmement, il n'est fait mention à aucun endroit du secteur privé commercial dans l'articulation de cette politique de services à domicile.
Ainsi, l'évolution comparative des budgets consacrés par le MAS/MSSS au maintien à domicile dans le secteur public et auprès des organismes bénévoles est fort révélatrice, comme le démontrent les données du Tableau1.

Tableau 1:Budgets alloués au maintien à domicile public et les budgets alloués aux organismes bénévoles

Année	budget des serv. pub.	taux annuel d'augmen.	budget aux org. bénévoles	Taux annuel d'augmenta.
1975-76	18 019 600$	-	86 235$	-
1976-77	22 240 600$	23.5%	89 760$	4%
1977-78	28 051 200$	26%	99 410$	10.8%
1978-79	38 126 700$	36%	156 000$	57%
1979-80	42 877 600$	12.5%	1 562 000$	1 000%
1980-81	52 437 900$	22.3%	2 312 100$	48%
1981-82	59 991 300$	14.5%	3 312 100$	43%
1982-83	65 727 840$	9.5%	3 653 200$	10.5%
1983-84	68 955 400$	5.0%	4 027 900$	10 2%
1984-85	76 898 500$	11.5%	4 536 400$	12.6%
1985-86	80 901 200$	5.2%	4 821 000$	6 3%
1986-87	93 691 679$(a)	15.8%(b)	4 885 800$	1.3%

a)Ce montant comprend : 8 282 500$ aux services intensifs de maintien à domicile pour le désengorgement des urgences dans 5 régions administratives; 49 317 350$ pour les CLSC; 26 958 129$ en fiducie dans les CRSSS; 3 533 700$ pour les CHD-DSC; 5 600 000$ pour les fonds régionaux dans les CRSSS pour le maintien à domicile des personnes handicapées.
b)Ramené à 5.6% d'augmentation si on fait abstraction des montants alloués aux services intensifs de maintien à domicile pour le désengorgement des urgences.

SOURCE: Rapports annuels du MAS/MSSS

Ce tableau fait ressortir une plus forte augmentation des budgets des services publics du MAD durant la période 1975-81, alors que, de 1979 a 1985, ce sont les organismes bénévoles qui connaissent une hausse plus marquée de leur financement. Nous reviendrons sur ces données un peu plus loin.

Or, sept années après l'annonce de la politique de services a domicile du MAS/MSSS, qu'en est-il aujourd'hui de la situation des services de maintien à domicile publics?

Trois sources documentaires permettent de répondre à cette question. Premièrement, une étude de la Fédération des CLSC (ROY, 1986a et 1986b) dresse le bilan du maintien à domicile dans 106 CLSC en 1984-1985, deuxièmement, une étude menée par le MSSS, en 1986, sur leurs services de maintien à domicile avec un échantillon de neuf CLSC (MSSS, 1987a); enfin, une etude réalisée par le Conseil de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain en janvier 1986 et intitulée **Les services à domicile dans la région 06A, élément du système de santé et des services sociaux à développer en priorité** (CSSSMM, 1986). Les éléments qui retiennent notre attention sont au nombre de trois:1) le profil des clientèles et des services; 2)les problèmes budgétaires; 3) le recours aux secteurs privés commercial et volontaire.

1.1 Le profil des clientèles et des services

L'ensemble des études portant sur les services de maintien à domicile en CLSC sont unanimes à souligner le phénomène d'alourdissement des clientèles. Malades chroniques ou en phase terminale, personnes lourdement handicapées, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, malades en convalescence post-opératoire, familles en crise, etc., constituent de plus en plus le profil de la clientèle. En fait, on estime à 60% de l'ensemble de celles-ci la proportion représentée par les malades chroniques et les personnes âgées non autonomes dont plus du tiers ont 75 ans et plus (ROY, 1986a :24).

Dans l'étude du MSSS auprès de neuf CLSC, les auteurs constatent:

> "les personnes maintenues à domicile sont aussi âgées et souvent aussi mal en point que celles qui se trouvent en centres d'accueil mais avec beaucoup moins de services pour pallier à leur perte d'autonomie et de mobilité (MSSS, 1987a :7).

Ce phénomène d'alourdissement de la clientèle serait causé par le vieillissement accéléré de la population, la saturation des services institutionnels tels les centres d'accueil et les hôpitaux de soins prolongés, le mouvement de désinstitutionnalisation et un phénomène plus récent de non-institutionnalisation (MSSS, 1987a :9) ainsi que par une certaine carence de l'entraide communautaire dans les nombreuses régions du Québec marquées par l'exode des populations jeunes et adultes.

La conjugaison de tous ces facteurs entraine une hausse de la demande et une pression sur le niveau des services existants. Cette situation a été constatée par le MSSS qui en fait l'analyse suivante au plan de l'impact sur le profil des services :

> Tout d'abord et comme il a été souligné précédemment, la demande de services s'est accrue considérablement depuis les trois dernières années et particulièrement la demande de services intensifs pour une période parfois indéterminée et souvent assez longue. Les personnes (couples ou personnes seules) de plus de quatre-vingts ans et les personnes malades en phase terminale en témoignent. Comme de son côté l'offre de services est demeurée relativement stable, il se produit alors deux types de situation : on donne priorité aux cas les plus lourds dont le maintien à domicile mobilise une somme importante des ressources disponibles et l'on ne peut alors répondre aux besoins plus ordinaires Il s'ensuit alors une liste d'attente, parfois un refus de service, des références de plus en plus nombreuses vers des agences privées. L'autre situation tend à ajuster l'offre de services disponibles au volume de la demande. Il en résulte alors que beaucoup plus de personnes ont accès aux services mais la quantité de ces derniers s'en trouve proportionnellement réduite. Mais à ce moment, le programme de maintien à domicile a-t-il encore un

> sens s'il offre deux heures de services par semaine lorsque le besoin évalué dépasse, lui, dix ou douze heures (MSSS, 1987a :25).

L'inadéquation existante entre l'état des ressources et celui des besoins provoque donc une modification marquée des services offerts par les CLSC. Certains accordent un bon nombre d'heures de services par usager tout en limitant l'entrée aux services, d'autres font l'inverse, à savoir une plus grande pénétration de clientèle en distillant les heures de services par usagers. Par ailleurs, il s'exerce une sélectivité beaucoup plus forte des services où les CLSC tiennent maintenant compte presque partout des revenus de l'usager d'une façon ou d'une autre au moment de l'admission.

De fait, tous les CLSC étudiés par le MSSS tiennent compte de la situation socio-économique des usagers quant à l'aide à domicile : certains usagers défraient une partie des heures, d'autres sont référés à des agences privées, etc. L'insuffisance des ressources aurait contraint les CLSC, dans la réalité, à exercer ce tamisage selon la capacité de payer des usagers.

Le résultat serait que les CLSC ne rejoignent que la moitié de la proportion totale de personnes âgées qui auraient besoin de services à domicile (ROY, 1987a : 29).

1.2 Les problèmes budgétaires

Les budgets de maintien à domicile ont augmenté régulièrement depuis dix ans. Cependant, une bonne partie de cette hausse n'est qu'apparente et découle notamment des indexations prévues. Ces indexations représentent 60% de la hausse du budget en MAD entre 1977 et 1985-86, période au cours de laquelle ce budget est passé de 20.5 à 80.9 millions $.

En fait, pour trois années consécutives (1981-82, 1982-83 et 1983-84), il n'y aurait eu pratiquement aucun développement réel en termes d'argent neuf, une fois l'indexation soustraite des augmentations.

Depuis l'adoption de la politique de services à domicile, les budgets de développement c'est-à-dire l'argent neuf investi dans ce secteur au Québec ont été les suivants :

Tableau 2: Evolution des budgets de développement en services à domicile de 1978-79 à 1985-86 pour la province de Québec

Année	Budget de développement
1978-79	7 000 000$
1979-80	2 140 000$
1980-81	1 150 000$
1981-82	nil
1982-83	nil
1983-84	nil
1984-85	5 000 000$
1985-86	1 487 000$

SOURCE: CSSSRMM,1986:36 et PARENTEAU, 1986 : 39.

Selon la Fédération des CLSC et le CSSSRMM, les sommes disponibles sont nettement insuffisantes pour faire face aux besoins des populations visées. En fait, 73% des CLSC en 1984-85 ont enregistré un déficit sur le budget protégé en services à domicile versé par le ministère, qu'ils ont dû compenser à même les budgets alloués pour les autres programmes, comme le démontre le tableau 3.

Tableau 3: Evolution des budgets protégés et des dépenses réelles en services à domicile, de 1982-83 à 1984-85, pour un échantillon de 62 CLSC

Année	Budget protégé	Dépenses réelles	% de dépassement du budget protégé
1982-83	15 150 840$	16 859 215$	11.3
1983-84	16 566 767$	19 382 865$	17.0
1984-85	19 285 233$	21 485 996$	11.4

SOURCE: ROY, 1986 b : 27.

Cette situation fait en sorte que selon la FCLSCQ et le CSSSRMM, il faudrait quadrupler le niveau actuel de ressources en services à domicile pour répondre adéquatement à la demande. Il en résulte un problème de sous-budgétisation, souligné d'ailleurs par Fernand Parenteau de la direction des services communautaires du MSSS (PARENTEAU, 1986). Ce problème influence directement l'allocation des services. De plus, le MSSS reconnaissait lui-même dans son énoncé de politique à l'endroit des personnes âgées, en 1985, "l'insuffisance de programmes et de ressources orientées vers le maintien de la personne âgée dans son milieu (...dont...) des services à domicile en variété et en nombre insuffisants." (MAS, 1985 : 27).

Enfin, dans l'étude récente du MSSS (1987a), on identifie comme problématique "des budgets inadéquats où les établissements investissent plus qu'ils ne reçoivent" . Ce diagnostic appelle la recommandation suivante:

> Il faudra donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'efforce d'identifier différents facteurs mesurables qui permettront d'établir une meilleure adéquation entre une demande

> potentielle de services et les ressources qu'il faut pour y répondre (1987 :23).

1.3.Le recours aux secteurs privés commercial et communautaire

Selon l'étude de la FCLSC, en ce qui concerne l'aide à domicile (ROY, 1985 a,b), 33.3% des CLSC effectuaient des références d'usagers à une banque de ressources privées constituée de travailleurs autonomes, 34.4% effectuaient une forme de paiement direct aux usagers afin qu'ils achètent eux-mêmes leurs services en privé; enfin, 16.7% des CLSC opéraient à contrat avec une agence privée. C'est en milieu urbain que les CLSC utilisent davantage la référence aux banques de ressources privées d'aide constituées de travailleurs autonomes. En effet, 48.4% des CLSC en milieu urbain agissent de la sorte comparativement à 38.5% des CLSC en milieu semi-urbain et à 15.2% des CLSC en milieu rural.

En ce qui a trait au paiement direct aux usagers, cette pratique est très répandue dans les régions du Saguenay-Lac-St-Jean (100%) de la Côte-Nord (66.7%) et du Bas-St-Laurent-Gaspésie (60%).

Enfin, c'est en milieu urbain que l'on retrouve le plus grand recours aux contrats avec les agences privées. Ainsi, dans la région de Montréal, près de la moitié (47.4%) des CLSC répondants utilisent cette formule. Dans 85% des cas, les CLSC utilisent simultanément leur personnel permanent et les contrats avec des agences privées pour fournir les services d'aide à domicile. Cependant, deux CLSC (Des Chenaux et Normandie) offrent exclusivement des services via une agence privée d'aide familiale.

> Or, un relevé des coûts moyens par poste en aide à domicile pour ces CLSC nous permet de constater

> que leur coût moyen par poste se situe en-deçà de 21% du coût moyen observé pour l'ensemble des CLSC, soit 19 531,93$ pour les CLSC ayant recours à des agences privées et 24 695,53$ pour les autres CLSC (moyenne générale). Un CLSC atteint même un coût moyen inférieur de 56% à celui prévalant pour l'ensemble des CLSC Il s'agit d'un CLSC en milieu urbain de la région de Montréal (06A) (ROY, 1986 b: 15).

Dans l'étude du MSSS, sur le maintien à domicile (MSSS, 1987), le recours aux services privés commerciaux y est décrit comme suit :

> De façon générale, les soins infirmiers sont dispensés par le CLSC et ce dernier a rarement recours à des agences de services privés, sauf en cas d'impossibilité majeure comme, par exemple, un besoin intensif de soins. Dans ces cas, le CLSC est financièrement supporté par le fonds régional, administré par un CRSSS qui pourvoit à l'achat de services pour répondre à des besoins particuliers d'un bénéficiaire, services qui ne pourraient être dispensés par un CLSC. Les moyens mis en place peuvent comprendre le recours à des soins infirmiers privés.
>
> C'est surtout pour l'aide à domicile régulière que l'on s'adresse à de telles agences. Par exemple, lorsqu'une personne en légère perte d'autonomie s'adresse au CLSC pour obtenir de l'aide pour l'entretien ménager courant et que cette personne est financièrement en mesure de contribuer, on la réfère généralement auprès de personnes connues du CLSC ou encore auprès d'agences (1987 :17)

Quant au recours au secteur privé communautaire, nous retrouvons dans le tableau suivant, le profil des ressources communautaires avec lesquelles les CLSC collaborent en matière de maintien à domicile.

Tableau 4: Profil des ressources communautaires avec lesquelles les CLSC collaborent en matière de maintien à domicile.

Ressources communautaires	Pourcentage (%) d'utilisation par les CLSC
Centres de bénévolat	76.7
Clubs de l'âge d'or	72.2
Popotes roulantes	60.0
Groupes bénévoles (non rattachés à un centre de bénévolat)	57.8
AQDR (a)	21.1
Autres	26.7

a)AQDR= Association de défense des droits des retraités et pré-retraités.

SOURCE : ROY, 1986a :55.

Ces ressources communautaires constituent des partenaires privilégiés du maintien à domicile. Sans elles, le maintien à domicile perdrait un relais important selon la FCLSCQ.

Par ailleurs, s'ajoute le recours au programme travaux communautaires, dans le secteur du maintien à domicile, pour les jeunes bénéficiaires de l'aide sociale âgés de moins de 30 ans. Sur cette question, les CLSC sont partagés à peu près à parts égales: 48.3% des CLSC ont recours à ce programme, soit directement, soit par l'entremise d'organismes du milieu, tandis que 51.7% d'entre eux ne l'utilisent pas.

Au chapitre des avantages, les CLSC utilisateurs de ce programme soulignent principalement la nette complémentarité avec les services d'aide à domicile et la diminution de la pression sur ces mêmes services.

Les inconvénients du programme travaux communautaires, toujours selon les CLSC, sont de deux ordres : en premier lieu, il y a les CLSC qui n'ont pas recours au programme pour des raisons de principes (récupération des jeunes, extension d'un réseau parallèle de services publics de deuxième classe...) ou bien en raison de la précarité des conditions de travail des jeunes participants. La seconde catégorie concerne les CLSC utilisateurs qui ont vécu des problèmes avec ce programme. Ces CLSC invoquent principalement le caractère non récurrent du programme qui risque d'attiser une demande de services laissée éventuellement sans réponses.

1.4 Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer que le recours aux secteurs privés commercial et communautaire est une réalité dans le domaine du maintien à domicile relevant des CLSC. La plupart des témoins-experts que nous avons interrogés sur ce sujet, lors de nos entrevues, affirment que ce recours est en très nette augmentation. Nous y reviendrons dans les parties subséquentes de ce chapitre. Rappelons que le recours au privé par les CLSC peut prendre les formes suivantes :

-Référence aux agences privées commerciales, ou à des travailleurs autonomes (et souvent au noir) des usagers ayant les ressources financières pour se payer les services.

-Paiement direct à l'usager admissible aux services de CLSC pour que celui-ci achète ses services sur une base privée.

-Contrat de services avec des agences privées commerciales, ou des travailleurs autonomes afin de dispenser des services à domicile à des usagers du CLSC aux frais de ce dernier.

-Références à des ressources communautaires volontaires tels les centres de bénévolat, popotes roulantes, projets d'entretien ménager d'organismes à but non lucratif, etc. afin que ces derniers assument certains services relevant normalement des CLSC.

-Utilisation du programme de travaux communautaires pour les jeunes assistés sociaux par l'entremise d'un organisme privé à but non-lucratif ou directement par le CLSC en tant qu'organisme promoteur.

2.Les services privés de maintien à domicile de type commercial

Dans le domaine du maintien à domicile, il existe deux principales formes de services privés de type commercial. Tout d'abord les agences de soins infirmiers à domicile dont le personnel est composé d'infirmières, puis les agences d'aide à domicile composées d'auxiliaires familiales et sociales ou de personnel sans formation spécifique.

Selon une étude du DSC MAISONNEUVE-ROSEMONT (1984), sur les ressources parallèles au maintien à domicile public sur leur territoire, il ressort que :

> Ces ressources n'ont pas une spécificité qui leur est propre si ce n'est qu'elles sont payantes, puisque les services qui leur sont souvent associés se retrouvent également chez les ressources gouvernementales ou chez les ressources bénévoles. Les services privés les plus souvent utilisés sont de quatre types :
> - les services de soins infirmiers et médicaux;
> - les services d'aide domestique;
> - les services d'accompagnement et de gardiennage;
> - les services particuliers (1984 : 37)

Ces services privés se retrouvent principalement dans les centres urbains là où le volume des demandes permet d'assurer leur viabilité. Leurs clientèles se subdivisent en deux sous-groupes :

-les personnes qui défraient elles-mêmes les services reçus, qu'elles aient été ou non référées par un service de maintien à domicile public (CLSC ou autre);

-les personnes qui bénéficient d'une contribution financière pour l'achat de leurs services, que ce soit par le biais de fonds privés (assurances) ou par celui de fonds publics (CLSC, CRSSS, OPHQ, etc.) En ce qui concerne la première catégorie de clientèles, il nous a été impossible d'obtenir d'autres données que celle voulant que la très vaste majorité, sinon la totalité, des CLSC réfèrent à des agences privées (là où elles existent) les clientèles jugées capables d'en défrayer les coûts. De plus, cette première catégorie de clientèle ne se compose pas uniquement de personnes référées mais aussi d'une proportion indéterminée de clients faisant appel directement à ces services.

Quant à la seconde catégorie de clientèles, nous examinerons l'importance de son recours aux services privés dans les situations où des fonds publics sont impliqués.

2.1. La contribution des établissements publics

D'un point de vue provincial, nous savons, grâce à l'étude de la FCLSCQ (ROY,1986 a : 48-49) qu'en 1984-85, 34.4% des CLSC effectuaient une forme de paiement direct aux usagers afin qu'ils achètent eux-mêmes leurs services en privé, que 16.7% des CLSC opéraient à contrat avec une agence privée et, enfin, que deux CLSC offraient exclusivement des services via une agence privée d'aides familiales. Nous ignorons l'ampleur des sommes qui

sont ici en cause. Cependant, pour la région de Montréal, des données plus précises sont disponibles. Elles sont tirées d'une étude de marché réalisée en 1986 par le Groupe conseil des coopératives de travail de Montréal-Laval (GCM, 1986).

Cette étude nous apprend que 24 différents organismes publics de la région de Montréal, dont 22 CLSC, déclarent acheter quelque 115 804 heures de services privées par année, réparties auprès d'une vingtaine d'agences privées. Au taux moyen de 8,40 $ de l'heure, le budget annuel en achats de services totalise environ 959 850 $. Il s'agit ici d'une approximation car, comme le souligne l'étude citée, il n'existe aucune compilation comptable dans le réseau public pour ce genre de services.

Cependant, selon M. André Trépanier, responsable du programme de maintien à domicile au CSSSRMM, c'est une somme de quelque 3 $ millions de dollars à même les fonds publics, en 1986-87, qui sera versée au secteur privé commercial pour des services de maintien à domicile dans la seule région de Montréal (cf. entrevue avec A. Trépanier).

Les raisons qui motivent les différents organismes publics à utiliser les services privés sont les suivantes (GCM, 1986, annexe 5) :a)la surcharge de travail; b)les besoins de remplacement du personnel régulier; c)la nécessité de répondre à des besoins en dehors de l'horaire de travail régulier, exemple : le soir, la nuit et les fins de semaines; d)l'économie réalisée par rapport à l'utilisation du personnel régulier.

Le service d'agences privées est utilisé pour desservir la clientèle régulière et, plus particulièrement, pour desservir la clientèle dite des cas lourds pour laquelle un budget spécial est alloué par le CSSSRMM . Ceci nous amène à examiner la contribution des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

2.2.La contribution des CRSSS

La contribution des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux à l'achat de services privés de maintien à domicile peut prendre trois formes principales : a)l'achat de services pour personnes âgées en perte lourde d'autonomie; b)l'achat de services dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences; c)l'achat des services pour personnes handicapés;

a)L'achat de services pour personnes âgées en perte lourde d'autonomie.

Face au phénomène d'alourdissement des clientèles, des initiatives, en certaines régions, ont été prises pour offrir des services spéciaux à des clientèles dont les besoins excédaient largement la capacité des CLSC d'y répondre à l'intérieur des services réguliers de soins et d'aide à domicile. L'exemple de la région du Montréal métropolitain est révélateur. En 1981, le CSSSRMM mettait sur pied un projet intitulé "Cas lourds" dont l'objectif était de couvrir des clientèles trop lourdes pour les services réguliers. La clientèle de ce projet est constituée, depuis janvier 1985, exclusivement de personnes âgées.

De 1981 à 1985, le projet "cas lourds" a dépensé 1 141 014 $ pour la dispensation de services à 1 121 personnes. De ce montant, 739 858 $ ont permis de desservir 925 personnes âgées pour un coût moyen, par personne, de 800 $. La majeure partie de ces montants comprenait des sommes non récurrentes. Mais, à partir de 1985-86, un budget récurrent de 370 00 0$ a été assuré (CSSSRMM, 1986).

Les demandes pour avoir accès à ces budgets doivent être formulées par une équipe de maintien à domicile qui a procédé à une évaluation des besoins. Lorsque la demande est acceptée, le CSSSRMM verse les sommes au CLSC pour dispenser les services requis. Quoiqu'il est possible que ces services soient donnés par le personnel régulier du CLSC, en pratique, ces sommes servent à l'achat de services auprès des agences privées. Cependant pour une moyenne d'heures financées de 16 heures/semaine par bénéficiaire, le personnel des CLSC demeure directement impliqué auprès des bénéficiaires dans une proportion de 1.5 à 3 heures par semaine (CSSSRMM, 1986 :49).

En 1986-87, ce budget a été regroupé avec une nouvelle enveloppe destinée aux services intensifs de maintien à domicile et adopté dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences par le MSSS. Le montant alloué à Montréal est de 5$ millions en 1986-87 et sera de 9$ millions en 1987-88 (MSSS, 1986a).

b)L'achat de services dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences.

En mars 1986, le MSSS annonçait une série de mesures destinées à réduire l'engorgement dans les salles d'urgences de certaines régions dont Montréal et Québec. Une de ces mesures consiste en un service intensif de maintien à domicile afin de mettre un terme à l'hospitalisation prolongée des bénéficiaires des centres hospitaliers de soins de courte durée, en attente d'hébergement ou en perte d'autonomie; ou encore, afin de retarder l'institutionnalisation des personnes âgées demeurant à domicile. A cette fin, des services de 15 à 18 heures de soins par semaine sont offerts sur une base de 24 heures par jour, sept jours par semaine (MSSS, 1986a). Des ressources spécifiques attribuées au maintien à domicile intensif ont été

allouées par le MSSS. Les CLSC y ont accès via un budget géré par le CRSSS. Ainsi, après référence et évaluation du bénéficiaire, le CLSC prend ce dernier en charge et facture le service au CRSSS qui, selon sa politique, sera plus ou moins ouvert à rembourser pour l'achat de services privés.

Cette mesure est encore trop récente pour que nous puissions évaluer son impact sur l'achat de services auprès des agences privées de maintien à domicile. Cependant, nous savons déjà que certains services identifiés par les CLSC ne sont pas remboursées par les CRSSS selon les coûts générés par le personnel des services publics. Ainsi, au CSSS de la Montérégie, on rembourse 5 $ de l'heure aux CLSC pour les services non specialisés comme le gardiennage. Cette situation oblige les CLSC à faire appel aux ressources privées pour offrir ce type de services puisque le coût horaire moyen d'une auxiliaire familiale en CLSC est évalué à environ 12.31 $ l'heure, en 1986.

Par ailleurs, le mode de remboursement à la pièce, pour des services déjà rendus, fait en sorte que les CLSC ne peuvent budgéter l'entrée de ces fonds de façon récurrente. Ainsi, il apparaît peu réalisable que des sommes aussi fluctuantes puissent se traduire en ajout de personnel régulier dans le CLSC. Ces derniers préfèreront sans doute utiliser leur liste de rappel ou des agences privées pour offrir ces services dont le volume et le remboursement peuvent varier dans le temps de façon imprévisible en fonction des besoins de la clientèle admissible.

c)L'achat de services pour personnes handicapées.

Depuis 1984-85, la MSSS verse aux Conseil régionaux des sommes destinées à constituer des fonds régionaux pour les services à domicile aux personnes handicapées. En 1986-87, cette enveloppe s'élevait à 4$ millions pour l'ensemble du Québec, auxquels s'ajoutent 3.6 millions $ versés par l'OPHQ. La presque totalité de ces sommes est affectée à l'achat de services

privés et puisque la contribution de l'OPHQ y est déterminante; c'est sous cette rubrique que nous examinerons l'impact de ce programme.

2.3.La contribution de l'OPHQ

Depuis sa création en 1978, l'OPHQ verse des subventions individuelles aux personnes handicapées dans le cadre d'un plan de services afin qu'elles puissent s'acheter des services à domicile. Cependant, depuis quelques années, à la faveur de l'implication directe du MSSS dans les fonds régionaux pour personnes handicapées, graduellement, les CRSSS, en collaboration avec l'OPHQ, ont assumé la gestion des budgets destinés au maintien à domicile des personnes handicapées. Certains CRSSS distribuent annuellement les budgets disponibles aux CLSC de leur territoire. Cependant, la majorité des CRSSS ont constitué des Comités régionaux d'admission pour recevoir les demandes de services qui doivent toujours être évaluées et présentées par un CLSC au nom d'un bénéficiaire.

Par exemple, au Conseil régional de Montréal métropolitain, un comité régional d'admission reçoit et approuve les demandes. Parmi les objectifs de ce comité, on retrouve les suivants :

> l'attribution, lorsque nécessaire, de ressources supplémentaires à celles du réseau pour permettre la réalisation du plan d'intervention en maintien à domicile et ainsi assurer aux personnes lourdement handicapées une accessibilité aux services. (CSSSRMM, 1984: 2)

Au niveau des critères d'admission, on spécifie :

> ces personnes [...] nécessitent des services à domicile qu'ils ne sont pas en mesure de se procurer [...et doivent] être référées par une équipe

> de premiere ligne ou CLSC ne pouvant totalement ou partiellement satisfaire les besoins de services intensifs compte tenu de la quantité de services demandés et/ou de l'organisation actuelle des équipes (1984 :6).

Les services admissibles à un budget sont ceux d'auxiliaires familiales pour l'assistance physique, l'aide domestique ainsi que les services de gardiennage. Les CLSC ou les équipes de 1ère ligne ont la responsabilité:

> -de l'évaluation, de l'élaboration du plan de service, du suivi du plan et du contrôle des services rendus ou achetés;
> -de dispenser ou faire dispenser les services tels que présentés (1984 :13).

Enfin, on identifie une grille de tarification qui prévoit une même tarification par type de dispensation de services impliqués :

- Gardiennage :4. 00$/l'heure
- Travailleur autonome : 6. 00$/l'heure
- Agence : Tarif de l'agence ayant les prix les plus concurrentiels, habituellement 8. 00$/l'heure (1984 : 14).

Ailleurs au Québec, sept régions administratives appliquent un tarif de 4. 35$ de l'heure alors que trois autres, dont celle de Québec, allouent 6. 00$. En general, les CLSC doivent être présents pour les premières 3 a 5 heures de services par semaine pour qu'une demande de budget d' achat de services soit acceptée. De plus, les CLSC doivent assumer une supervision et une evaluation régulière de l'utilisation de ces budgets par la personne handicapée.

Il apparaît évident que la majeure partie de ces budgets sert à engager des travailleurs autonomes ou des travailleurs au noir, sauf dans la région de Montreal où, contrairement au reste du Québec, le Conseil régional refuse les versements directs aux personnes et favorise les versements aux CLSC,

lesquels voient à l'achat de services pour les personnes handicapees admissibles. Rappelons que les montants en jeu dans ce programme, en 1986-87, sont de 7.6 millions $ pour l'ensemble du Québec.

2.4. Les autres sources

a) La CSST (Commission de la santé et de sécurité du travail).

Dans certains cas de personnes handicapées a la suite d'accidents de travail, la CSST verse parfois directement des sommes d'argent pour permettre le maintien a domicile des beneviciaires. Lorsque les services necessaires au maintien a domicile ne peuvent être obtenus ailleurs (entre autres du CLSC), la CSST peut verser directement de l'argent au beneficiaire pour qu'il se procure lui-même les services dont il a besoin. Ces services peuvent consister en soins infirmiers ou en aide personnelle (cf. FCLSCQ, 1982)..

b) La RAAQ (Régie de l'assurance-automobile du Québec).

A la RAAQ, la situation s'apparente à celle qu'on trouve a la CSST. En effet, le coût des services infirmiers nécessaires au maintien a domicile est rembourse. Dans certains cas, on rembourse aussi le coût des autres formes d'aide personnelle requises. Dans la plupart des cas, cependant, il s'agit d'aide temporaire pour la periode de réadaptation. Les cas ou cette aide personnelle est requise de façon permanente ne constitueraient qu'une minorite.

De par la loi, la RAAQ a aussi, comme la CSST et l'OPHQ, le pouvoir de verser des sommes d'argent aux individus. Les montants verses pour defrayer le coût de l' aide personnelle ou des soins infirmiers ne sont pas consideres comme un revenu pour le bénéficiaire (cf. FCLSCQ, 1982).

2.5. Conclusion

La présence du secteur privé commercial dans le domaine des services à domicile, particulièrement de ceux dispensés aux personnes âgées, n'est pas seulement très reelle et actuelle. Elle se trouve également en nette progression. De plus, certaines entreprises commerciales comme le Groupe Champlain vendent des services de maintien à domicile aux locataires de leurs residences de chambres et pension. Mais pour le président du Groupe Champlain, il faudrait faire plus, c'est-a-dire compétitionner ouvertement avec les CLSC en matière de maintien à domicile (cf. entrevue avec M. Roy). Des propositions en ce sens ont eté formulées au MSSS dans le memoire du Groupe Champlain à la Commission d'enquête sur les services de sante et les services sociaux (GROUPE CHAMPLAIN, 1986). Par ailleurs, la progression du secteur privé commercial ne pourrait s'expliquer par le seul vieillissement de la population. En effet, ce secteur est, en bonne partie, alimenté dans son développement par les services gouvernementaux. Cela se produit particulièrement de deux façons : d'un côté par la référence des clientèles jugées capables de défayer elle-même les coûts des services dont elles ont besoin; de l'autre côté, par l'achat ou le financement de services devant être fournis à la clientele des services publics par le secteur prive commercial.

De plus, dans un document à l'étude depuis juin 1986 au MSSS et dont nous avons fait état dans le chapitre 5, on presente une hypothese globale d'orientation du ministere quant a la problematique des personnes en perte d'autonomie (MSSS, 1986b). Un des elements majeurs de cette hypothese est formule de la façon suivante :

> Offrir un choix alternatif au système public à toute personne (ou à ses proches) vivant avec des incapacités persistantes dépassant le seuil pré-établi : financer directement la personne ou ses proches pour l'équivalent du temps nécessaire à la compensation des incapacités et ce après une évaluation systématique et périodique de celles-ci.
>
> La personne aurait alors le choix de :
>
> -Vivre à domicile en se payant les services nécessaires soit de personnes engagées individuellement ou de compagnies de services,
>
> -Vivre dans un centre d'accueil privé auto-financé de son choix.
>
> -Participer à diverses autres formules possibles (conciergeries avec services, coopératives, pool de services, etc.) (1986b :21).

Evidemment, il ne s'agit ici que d'une hypothèse de travail. Toutefois, cette dernière n'est pas sans intérêt lorsque l'on considère qu'elle émane de la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS (1986b : 17) et qu'elle pourrait bien favoriser une croissance importante des services privés de maintien à domicile de type commercial. D'ailleurs, dans la même étude, ce point est présenté comme un avantage de cette hypothèse puisqu'elle "permet le développement d'organismes privés de services ou d'hébergement soumis aux lois du marché" (1986b : 22).

Or, dans la progression des rapports entre les services publics et le secteur privé commercial, s'est glissé récemment un nouveau partenaire. Ce sont les coopératives d'auxiliaires familiales.

3.Les coopératives d'auxiliaires familiales

C'est en juin 1985 qu'est formée la première coopérative d'auxiliaires familiales portant le nom "Auxi-Plus". Cette coopérative de travail, fondée avec l'aide de l'Association des auxiliaires familiales sociales du Québec, offre ses services à partir de janvier 1986. Au point de départ, les promoteurs de la coopérative posent le diagnostic suivant (GCM, 1986) :

- Pour répondre aux besoins de maintien à domicile de leur usagers, les CLSC ont de plus en plus tendance à utiliser des agences privées commerciales.

- Les auxiliaires qui y travaillent sont payées au salaire minimum ou presque et reçoivent peu d'encadrement et de formation, ce qui cause des insatisfactions du point de vue des CLSC.

- Il y a un marché pour une coopérative d'auxiliaires familiales qui pourrait, d'une part, améliorer les conditions de travail et de rémunération des auxiliaires familiales et, d'autre part, améliorer la qualité des services aux usagers des CLSC.

Une étude de marché est réalisée à la fin de 1985 et fait ressortir l'intérêt des CLSC pour la mise en place de cette nouvelle ressource. Une année plus tard, soit à la fin de 1986, la coopérative Auxi-Plus compte quelque 130 auxiliaires familiales membres qui livrent quelque 2,500 heures de services par semaine (cf. entrevue avec C. Forget).

Dans le document d'accueil à l'intention des travailleuses et travailleurs membres de la Coopérative Auxi-Plus (CGM, 1987), on précise :"Auxi-Plus vend des services d'auxiliaires familiales aux CLSC. C'est la base principale de notre clientèle" (1987 : 6). En fait, selon Mme Forget, présidente de la

coopérative, "sans les CLSC, il n'y aurait pas de coopérative puisqu'elle ne pourrait pas survivre" (Entrevue avec C. Forget).

Certains CLSC payent la moitié du coût horaire du service de la coopérative alors que l'usager en défraie l'autre moitié. Cependant, la majorité des heures achetées à la coopérative par les CLSC, l'est en fonction des programmes de financement du CSSSRMM, à raison de 8.40$ l'heure. Les auxiliaires familiales de la coopérative reçoivent 6.40$ de l'heure alors que le 2.00$ de l'heure de différence sert à la fois pour les frais d'administration, les frais d'employeurs et la part de capital social de chaque membre qui est fixée à 0.30$ de l'heure travaillée. Cet investissement (qui retourne au membre à son départ sous certaines conditions) est déductible d'impôt au Québec puisqu'il est admissible au Régime d'investissement coopératif.

En général, les conditions de travail en coopérative d'auxiliaires familiales se situent entre celles offertes aux employés des agences privées et celles du secteur public. Le taux horaire y est de 2.00$ superieur aux agences privées mais près de 4.00$ inférieur à celui du secteur public (salaire d'auxiliaire familiale, en 1987, au 5e échelon). De plus, contrairement à ce qui prévaut dans le secteur public, les horaires sont discontinus (aide à un lever le matin et à un coucher le soir, le même jour), le temps consacré au déplacement vers le domicile de l'usager n'est jamais payé, les frais de déplacement ne sont pas payés sauf à raison d'un dollar par déplacement lorsque le temps du contrat n'est que d'une heure de service; les vacances, les avantages sociaux, les assurances, etc. sont nettement moins avantageux. A titre d'exemple, mentionnons qu'il n'existe pas de congés fériés payés et, évidemment, aucune sécurité d'emploi alors que la période de probation fixée pour devenir membre est de 2 000 heures

de travail en coopérative, tandis qu'elle n'est que de 840 heures dans le secteur public.

Par ailleurs, en ce qui a trait à la qualité des services, elle semble nettement plus favorisée que dans les agences privées, en raison notamment des points suivants :

- Toutes les auxiliaires familiales d'Auxi-Plus doivent s'engager à compléter la formation d'auxiliaire familiale du ministère de l'Education.

- Chaque auxiliaire familiale doit participer à ses frais à un groupe de supervision sur les problèmes vécus dans sa pratique, à raison de 2 à 3 heures par mois.

- Les auxiliaires familiales, dans certains cas, doivent remplir des rapports d'observation. Ces rapports sont décrits comme suit aux nouveaux membres (GCM, 1987 :9):

> Les rapports d'observation sont très importants pour les CLSC Ils leur permettent de mieux suivre l'état et la situation de leur bénéficiaire.
>
> Les rapports d'observation sont obligatoires quand la coopérative a un bénéficiaire à long terme.
>
> Vous devez aussi appeler le/la responsable de votre bénéficiaire au CLSC à l'occasion pour faire un rapport d'observation verbal.

Selon la directrice d'Auxi-Plus, Madame Denise Boudreau, plusieurs CLSC de Montréal apprécient grandement la qualité des services de la coopérative.

> Vingt-six d'entre eux préfèrent acheter nos services plutôt que ceux d'agences qui traitent mal leurs travailleuses, n'assurent pas le suivi et se préoccupent peu des bénéficiaires. En fait, plutôt que d'abandonner leurs travailleuses au noir ou leurs auxiliaires occasionnelles victimes de coupures sur la liste de rappel, des CLSC invitent ce

> personnel à devenir membre de la coopérative (D'AMOURS, 1986 : 21).

3.1 Perspectives de développement

Les coopératives d'auxiliaires familiales semblent être une formule en pleine expansion. Ainsi des coopératives ont été créées récemment à Longueuil, St-Eustache et Dorion. Quant à l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec, elle présentait, en décembre 1986, au Secrétariat d'Etat, un projet visant à financer le développement de coopératives comme Auxi-Plus dans différentes régions (D'AMOURS, 1986 : 21).

Parmi les raisons qui expliquent ce développement, on mentionne les suivantes (GCM, 1986) :

- Dans les faits, il s'est avéré que les institutions publiques utilisaient beaucoup plus les agences privées qu'il était démontré dans l'étude de marché initiale.

- L'injection de sommes très importantes pour les services intensifs de maintien à domicile dans la région de Montréal, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences, aurait fait progresser le marché encore plus rapidement.

- Enfin, le réseau public semble plus que satisfait du travail de la coopérative Auxi-Plus.

Cette conjoncture favorable fait dire au groupe conseil des coopératives de travail de Montréal-Laval que :

> D'autres groupes peuvent être intéressés parce qu'aussi impliqués dans les politiques de maintien à domicile, pensons par exemple aux infirmières et infirmiers auxiliaires, à certains thérapeutes, etc. Ce sont autant de groupes à prospecter éventuellement (GCM, 1986 :15).

3.2. Conclusion

Les coopératives d'auxiliaires familiales constituent une nouvelle ressource privée en maintien à domicile. Pour la présidente d'Auxi-Plus, il s'agit d'une ressource à but lucratif pour le profit de l'ensemble de ses membres (cf. entrevue avec C. Forget). Cependant, cette ressource se distingue à plusieurs niveaux des services privés de type commercial dont ceux de la qualité des services et des conditions de travail. De plus, elle concurrence et compétitionne directement le secteur privé commercial, particulièrement, auprès des CLSC. En général, mieux perçues par ces derniers et profitant d'une conjoncture favorisant le recours au privé pour la dispensation de certains services à domicile, les coopératives semblent promises à un certain essor dans le champ des services à domicile au Québec.

4. Les services privés de maintien à domicile de type communautaire

Les services à domicile relevant du secteur privé de type communautaire sont ceux offerts par des organismes ou groupes privés sans but lucratif. Ces organismes peuvent être entièrement composés de personnes bénévoles qui en assument le fonctionnement et les services ou peuvent compter sur une ou des personnes rémunérées pour l'encadrement des services et des bénévoles.

Les activités bénévoles et communautaires qui peuvent contribuer au maintien à domicile de personnes âgées existent au Québec sous différentes

formes depuis fort longtemps[4] . C'est ainsi que les premiers centres d'action bénévole apparaissent au Québec dès les années 1930 (cf. entrevue avec P. Rondeau). L'action bénévole et communautaire fut animée, pendant une longue période, principalement par l'Eglise catholique dans la perspective de la charité chrétienne.

Au début des années 1970, la réforme des services sociaux et de santé vint modifier radicalement l'organisation des services. A l'instar des communautés religieuses, certains organismes communautaires virent leurs services intégrés à ceux du réseau public, sous la poussée d'une étatisation massive des services sociaux. Cette mutation, aux yeux de certains témoins de l'époque, ne se fit pas sans heurt:

> Cependant, la réforme est arrivée avec des trop gros souliers et a écrasé ce qui existait déjà dans le secteur de l'action volontaire. Il y eut un bulldozage du réseau public envers le réseau bénévole et communautaire (Entrevue avec L.-P. Thauvette).

> Avec la réforme tout est centré sur le secteur public. Même des personnes comme à Centraide se cherchaient une vocation, parce que toutes les activités étaient prises en charge par l' Etat. Le développement des CLSC avec les organisateurs communautaires a laissé pour compte le secteur des organismes communautaires et bénévoles qui existait avant la réforme (Entrevue avec D. Carrier)

De plus, l'intervention massive du fédéral, au début des années 1970, avec des programmes de financement d'activités de maintien à domicile, aurait eu un impact extrêmement négatif sur le bénévolat et les groupes

---

4 Voir à ce sujet le chapitre intitulé "un peu d'histoire" du Mémoire présenté par le personnel du Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux en octobre 1986.

communautaires. Pour la FCLSCQ, "ça nous rappelle la triste panoplie de projets "PIL" : "Canada au travail" et "Horizons nouveaux" qui ne font trop souvent qu'avarier un milieu. (et)... tuer le bénévolat [...]". (FCLSCQ, 1978 : 5).

Il appert donc que le secteur privé communautaire et bénévole subit un recul important à l'aube des années 1970, en raison de l'omniprésence des services et des fonds gouvernementaux dans le champ des services sociaux, y compris les services naissant de maintien à domicile. Il s'agit là d' un diagnostic repris par le MAS en 1977 :

> Les services de l'Etat ont eu tendance, au cours des dernières années, à accaparer une certaine partie du champ d'activités traditionnellement réservé aux groupes volontaires (MAS, 1977a : 42).

Quoique déplorant cette situation dans certains documents et discours de l'époque, peu de moyens concrets furent entrepris par le MAS pour la modifier.

En fait, des sommes très faibles sont consenties à cette époque par l'Etat pour le support aux organismes communautaire de maintien à domicile pour personnes âgées. Ainsi en 1976, seules les "popotes roulantes", qui fournissent bénévolement des repas chauds à domicile à des personnes en perte d'autonomie, sont subventionnées par le MAS. Or, cette enveloppe budgétaire totalise 91 000$ sur un budget global de 555 200 000$ representant les dépenses globales du MAS pour les services aux personnes âgées (MAS, 1977a : 30). En terme de pourcentage, cela représente 0.016%, soit un peu plus d'un centième de un pour cent.

Cette préoccupation relativement faible envers le secteur privé communautaire nous apparaît être le corollaire de l'état embryonnaire, à cette époque, de la politique du MAS/MSSS en matière de services à domicile. On se souviendra que de 1970 à 1976, l'accent était davantage mis

sur les services d'hébergement aux personnes âgées. Or au fur et à mesure de l'articulation progressive des politiques des services à domicile et de désinstitutionnalisation du MAS/MSSS, l'importance accordée par l'Etat au secteur privé communautaire s'accroît.

4.1 La progression du secteur privé communautaire dans le maintien à domicile

Il est important, ici, de réaffirmer que l'action volontaire et communautaire auprès des personnes âgées favorisant leur maintien à domicile s'est matérialisée au Québec bien avant la création des services publics de maintien à domicile. A titre d'exemple, mentionnons que la Fédération des centres d'action bénévole du Québec a été fondée en 1972 et qu'il existe une semaine de l'action bénévole depuis 1974. Or, ce qui nous intéresse, c'est d'examiner comment le secteur privé communautaire fut pris en compte dans l'orchestration de la politique de services à domicile du MAS/MSSS et quelle place il occupe maintenant dans l'application de cette politique.

Nous avons vu que la réforme des services de santé et des services sociaux avait laissé peu de place au secteur privé communautaire en général. Les documents de travail et les déclarations ministérielles que nous avons consultés, pour la période 1973 à 1977, attribuent un rôle mineur et marginal au secteur privé communautaire dans la réponse aux besoins de maintien dans le milieu de vie naturel des personnes âgées[5] . D'ailleurs, la faiblesse des sommes consacrées par le MAS au soutien aux organismes communautaires en témoigne.

---

5 Voir à ce sujet: "Claude Forget dévoile sa politique du 3e âge" in Le Devoir, 10 avril 1976.

Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la politique du MAS, concernant les services à domicile, en1979, consacre une place importante au rôle du secteur privé communautaire :

> Ainsi, le ministère des Affaires sociales estime-t-il qu'au Québec le développement des programmes d'aide à domicile devra s'appuyer sur l'entraide et l'action volontaire (...). En allouant des ressources financières additionnelles pour offrir les services à domicile aux personnes âgées, aux personnes handicapées ainsi que pour donner de l'aide aux familles en difficultés, le ministère n'entend pas remplacer l'entraide. Au contraire, il compte sur cela, vise à la stimuler, la rendre plus viable et lui donner un caractère permanent (MAS, 1979a : 14).

Pour réaliser cet élément de politique, le MAS crée une enveloppe budgétaire spéciale dont il confie la gestion aux CRSSS qui devront procéder à l'identification des organismes communautaires susceptibles de compléter le rôle des CLSC dans la distribution des services. Or, cette enveloppe de 1.5 million $ est en fait prise à même le budget initialement prévu pour le développement des services à domicile:

> Quand le ministère a décidé en 1979 que la moitié du budget de développement en maintien à domicile n'allait pas aux CLSC mais au secteur bénévole, cela a contribué largement à son développement (Entrevue avec M. Sénéchal).

> Tout ça coïncidait aussi avec le début de la rareté de l'argent alors que l'Etat s'essoufflait un peu et ne pouvait tout prendre (...). L'argent a fait prendre conscience aux hommes politiques qu'on pouvait mettre des budgets auprès des organismes communautaires et qu'avec peu d'argent on pouvait aider des organismes qui offraient des

services à relativement bon maché (Entrevue avec D. Carrier)

En fait, l'évolution du budget aux organismes bénévoles de maintien à domicile ressort très bien dans le tableau 5.

Tableau 5: Evolution du programme de soutien aux organismes bénévoles: secteur du maintien domicile

Années	Budget	Taux d'augmentation
1979-80	1 562 100$	------
1980-81	2 312 100$	48.0%
1981-82	3 312 100$	43.0%
1982-83	3 653 200$	10.5%
1983-84	4 027 900$	10.2%
1984-85	4 536 400$	12.6%
1985-86	4 821 000$	6.3%
1986-87	4 885 800$	1.3%

SOURCE: : Direction des Services communautaires du MSSS

En 1986-87, exactement 501 organismes bénévoles de maintien à domicile reçurent en moyenne 9 750 $ chacun pour un budget total de 4 885 800 $. Ces organismes subventionnés sont de différents types dont des centres de bénévolat, des popotes roulantes, des centres communautaires ou des organismes à but non lucratif créés pour offrir des services particuliers. Ces services peuvent prendre la forme de visites amicales, accompagnement, transport, entretien ménager, gardiennage, préparation de repas, appels téléphoniques pour sécuriser les gens, etc.

En plus d'une aide financière concrète, le secteur privé communautaire fit l'objet de deux campagnes nationales de publicité et de promotion de l'action bénévole, orchestrées par le MSSS, en 1982-83 et en 1983-84 . [6]

Enfin, l'importance qu'accorde le MSSS à ce secteur est réaffirmée dans sa politique à l'égard des personnes âgées, publiée en 1985:

> Toutefois, malgré l'encouragement concret dont les organismes bénévoles ont été l'objet au cours des dernières années, ces derniers ne peuvent combler tous les besoins non satisfaits par les établissements publics. Dans un souci de diversification des actions, un programme de travaux communautaires qui constitue une modalité nouvelle et complémentaire de dispensation de services, a été mis sur pied. Le MAS entend soutenir et participer au développement de ce type de programme qui favorise, par des actions concrètes, le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturelle [...] (MAS, 1985 : 43-44).

Le programme de travaux communautaires vise l'insertion des jeunes assistés sociaux de 18 à 30 ans dans des activités susceptibles de les rapprocher du marché du travail. En 1986-87, le budget global au Québec pour ce programme, dans son volet santé et services sociaux, s'est élevé à 4 570 425 $, ce qui a permis l'implication de près de 3 000 jeunes en moyenne sur une base annuelle. De ce nombre, environ 1 500 jeunes ont effectué des travaux relevant du maintien à domicile et desservirent quelque 21 000 ménages. Rappelons que les promoteurs

---

6 La première campagne en 1982-83 avait pour thème "as-tu le temps d'aider... avec d'autres bénévoles?" et poursuivait, entre autres, les objectifs suivants: favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, des malades chroniques et d'autres personnes en difficulté par le biais de l'action bénévole (MAS, 1984a:7). Au sujet du discours d'encouragement du bénévolat par l'Etat, cf. BOUCHER(1986: 132-137).

des projets de travaux communautaires peuvent être des organismes sans but lucratif, auquel cas ils sont rattachés au secteur privé communautaire, ou peuvent être des établissements publics dont les CLSC. Près de 50% de ces derniers ont eu d'ailleurs recours au programme de travaux communautaires en 1984-85 (ROY, 1986a).

4.2 L'encadrement du secteur privé communautaire

Dès la création du programme de subventions aux organismes bénévoles de maintien à domicile par le MAS, en 1979-80, l'orientation prise est clairement de soutenir les organismes offrant des services complémentaires à ceux du réseau public. Ainsi, les CRSSS sont invités à identifier et subventionner "les organismes communautaires susceptibles de compléter le rôle des CLSC dans la distribution de services à caractère dit généraux" (MAS, 1979 : 16). De plus, le Sous-ministre en titre de l'époque demande, dans une circulaire aux CRSSS :

> En l'absence d'organisme bénévoles dûment incorporés dans les districts et localités jugés prioritaires, susciter la création d'organismes comportant un minimum d'encadrement et un maximum d'implication bénévole de la part des communautés locales et proposer le financement des programmes en fonction des critères suivants :
> - la pertinence par rapport aux objectifs du ministère, à ses priorités d'intervention et aux priorités régionales et locales,
> - le caractère innovateur des programmes,
> - la complémentarité avec les programmes existants (MAS, 1979b : 2-3).

Parmi les mesures favorisant l'encadrement du secteur privé communautaire, nous pouvons noter :

a) En 1979-80, le MAS crée le Service d'information sur l'action bénévole et ayant pour objet les personnes engagées dans l'action bénévole, les bénéficiaires, les services dispensés par les organismes impliqués et les territoires qu'ils desservent (MAS, 1980 :72).

b) En 1980-81, le MAS entreprend une série de visites auprès des organismes communautaires subventionnés afin d'accroître l'action bénévole, promouvoir la réalisation d'expériences nouvelles et diversifier les modes de distribution des services prolongeant les services de santé et les services sociaux (MAS, 1981 : 71).

c) A partir de 1981-82, le MAS, par l'intermédiaire des CRSSS, offre des programmes de formation destinés aux organismes bénévoles, d'une part pour les administrateurs et les permanents de ces organismes et, d'autre part, pour les bénévoles eux-mêmes.

d) En 1983, le sous-ministre Jean-Claude Deschênes, précise, dans une circulaire aux CRSSS, ce que le ministère attend des organismes bénévoles :

> Pour situer la conception du maintien à domicile dans les limites de sa vocation, le ministère incite les conseils régionaux à proposer pour financement notamment des organismes exerçant les activités suivantes :
> - visites amicales
> - accompagnement pour consultations professionnelles;
> - aide pour faire les courses;
> - vigilance postale;
> - téléphones de sécurité;
> - transport;
> - aide aux travaux lourds;
> - assistance physique;
> - gardiennage;

> - popotes roulantes;
> - parrainage civique (incluant Grands frères et Grandes soeurs).
>
> Cette liste de services se veut assez exhaustive et le ministère la privilégie au premier chef tout en demeurant ouvert à d'autres suggestions de la part des conseils régionaux.
>
> Les conseils régionaux doivent inciter les organismes bénévoles de maintien à domicile à collaborer avec les établissements du réseau des affaires sociales (MAS, 1983 :1-2).

De plus, dès 1982, certains CRSSS spécifiaient qu'un organisme bénévole subventionné devait s'engager à desservir prioritairement les clientèles référées par le réseau (ACBQ, 1982).

e) Enfin, la politique du MSSS à l'égard des personnes âgées (MAS, 1985 : 45) élabore sur l'articulation entre services publics et secteur privé communautaire : "Par ailleurs, le CLSC, en collaboration avec les organismes bénévoles existants sur son territoire, verra à coordonner la demande de service d'organisation matérielle de la personne âgée".

Cette relation étroite entre les CLSC et les organismes communautaires de maintien à domicile trouve souvent son origine dans la pression venant de l'augmentation des besoins qui a obligé les CLSC à accorder plus d'importance aux organismes communautaires ou à en créer lorqu' inexistants (cf. entrevue avec M. Sénéchal). Ainsi avons-nous recueilli un témoignage sur :

> la pratique des CLSC qui est, dans certains cas, de mettre sur pied des ressources communautaires tels les centres d'action bénévole et cela avec des objectifs plus ou moins douteux. Ainsi le CLSC va chercher des sommes additionnelles pour un organisme sans but lucratif et garde le contrôle sur le centre. De plus, les CLSC, eux aussi, demandent aux centres d'action bénévole de fournir des ressources qui parfois ne relèvent pas du

> bénévolat, comme d'aller donner une injection à toutes les 4 heures; ou encore de fournir des ressources établies par contrat (Entrevue avec P. Rondeau).

4.3. L'impact du secteur privé communautaire sur le maintien à domicile

Dans la section 1.3 de ce chapitre, nous avons illustré l'ordre de grandeur du recours au secteur privé communautaire dans le domaine du maintien à domicile. Ajoutons qu'à l'occasion d'une étude sur les alternatives à l'institutionnalisation, un groupe de travail du MAS constatait :

> Pour répondre à une partie des besoins identifiés et ainsi maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie naturel, les ressources communautaires jouent un rôle important; que ce soit par des visites amicales, de l'accompagnement ou pour les emplettes, par la distribution de repas via les popotes roulantes ou par le système d'appels téléphoniques pour sécuriser les gens (MAS, 1984b :22).

Du côté de la Fédération des centres d'action bénévoles au Québec (FCABQ), on évalue, à environ 80% de la clientèle totale, celle qui relève du maintien a domicile et comprend principalement les personnes âgées. Selon Madame Pierrette Rondeau de la FCABQ, depuis deux à trois années, la demande adressée aux organismes bénévoles par le réseau public est plus importante: "ça me semble être de plus en plus des contrats de services que l'on passe avec l'Etat. Alors pour moi, c'est une forme de privatisation" (Entrevue avec P. Rondeau). Enfin la contribution du secteur privé communautaire au maintien à domicile pourrait être encore plus importante si l'hypothèse globale, présentement à l'étude au MSSS et dont

nous faisions mention au point 2.5, s'appliquait (MSSS, 1986b). En effet, en vertu de cette hypothese :

> les besoins impliquant des services sur une courte période, occasionnels, exigeant relativement peu de temps et de nature non spécialisée pourraient être laissés à la responsabilité des personnes, de leur entourage, de la communauté, d'organismes à but non lucratif, etc. Les besoins impliquant des services à long terme, fréquents, demandant beaucoup d'heures ou de nature plus spécialisee pourraient être considérés comme relevant de la responsabilité de l'Etat.
>
> On pourrait à cet effet déterminer un seuil (exemple : 3 heures/semaine) en-dessous duquel l'Etat ne s'implique pas à moins de considérations spéciales.

Encore une fois, il ne s'agit que d'une hypothèse de travail. Mais cette dernière traduit bien l'ampleur des attentes que certains milieux entretiennent envers le secteur communautaire, en matière de maintien a domicile.

5. Les services à domicile effectués par des travailleurs autonones

Les services à domicile dispensés, très souvent au noir, par des travailleurs et travailleuses autonomes sont, par definition, extrêmement difficiles à évaluer. Ce que nous savons avec certitude, c'est que le tiers des CLSC utilisent une banque de ressources privées pour y référer les usagers capables d'en défrayer les coûts (ROY, 1986a).

En novembre 1985, le CLSC des Trois Vallées demandait au MSSS un avis légal sur la pratique consistant à référer des usagers-eres a des travailleurs autonomes dispensateurs de services a domicile sur une base privee. La direction des services juridiques du Ministere suggera la formule

suivante:

> La liste des personnes disponibles pour offrir un service de maintien à domicile serait affichée dans les locaux de votre établissement. Cette liste devrait comporter ou être accompagnée d'une mise en garde à l'effet que les personnes énumérées ne font pas partie du personnel du Centre local de services communautaires des Trois Vallées, que ce dernier n'a pas fait d'enquête à leur sujet et qu'aucune responsabilité ne pourrait être imputée à l'établissement pour dommage subi par quiconque en recourant aux services de ces personnes (MSSS, 1985).

Il s'agit donc d'une pratique connue qu'il est même possible d'encadrer dans sa forme, afin de protéger les établissements contre d'éventuels recours. Mais, au-delà de ces données, nous ne sommes pas en mesure de quantifier l'importance de ce secteur d'activité en maintien à domicile, compte tenu de son caractère diffus et souvent clandestin, puisqu'il s'agit très majoritairement de travail au noir.

6. Conclusion

En guise de conclusion de ce chapitre, nous pourrions soulever, dès à présent, certaines des questions importantes qui furent portées à notre attention concernant l'un ou l'autre des principaux secteurs dispensateurs de services de maintien à domicile aux personnes âgées du Québec. Ces questions s'inscrivent sur un fond de scène où les besoins en termes de maintien à domicile sont appelés à connaître une croissance majeure.

> L'effet combiné de l'augmentation en nombre des personnes âgées couplé avec l'alourdissement progressif de ces personnes en termes de besoins

> dans le temps (7) , générera une pression sans précédent sur les ressources en maintien à domicile. L'effet sera exponentiel. Ainsi, à titre indicatif, soulignons qu'une récente étude (août 1984), effectuée par la firme Woods Gordon pour le compte de l'Association médicale du Canada, faisait état d'une augmentation nécessaire de 64% des ressources en soins à domicile de 1981 à l'an 2001 afin de rencontrer la demande additionnelle de services attribuable aux changements démographiques (ROY, 1986a : 18).

6.1 Les services publics de maintien à domicile

Les démonstrations écrites sont fort nombreuses et éloquentes pour étayer le manque de ressources publiques, particulièrement en CLSC, pour répondre aux demandes de maintien à domicile. Pour la seule région de Montréal, le CSSSRMM évalue qu'il faudrait doubler le nombre d'infirmières visiteuses et quadrupler celui des auxiliaires familiales pour respecter l'estimation du MAS en 1979 quant aux effectifs requis pour répondre aux besoins de maintien à domicile (CSSSRMM, 1986 : 43). Un même constat de manque de ressources est fait par la FCLSCQ (ROY, 1986a et b) par le MSSS (MSSS, 1987a) et aussi par le comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC ou Comité Brunet qui relève :

> Mais, même là, les budgets demeurent nettement insuffisants. On a de plus en plus recours aux agences privées, payées par les bénéficiaires

---

7 Le Rapport "Objectif santé" du Conseil des affaires sociales et de la famille du Québec fait état de l'importance grandissante des maladies chroniques et d'une espérance de vie en bonne santé qui stagne alors que l'espérance de vie totale marque toujours des progrès. Ce qui laisse présager un alourdissement majeur des clientèles pour l'avenir: ainsi, selon le Rapport (p. 32), les femmes et les hommes après respectivement 60 et 59 ans, seraient appelés à vivre avec au moins un problème de santé assez sérieux pendant 18 ans chez les femmes et 11 ans chez les hommes.

> capables de le faire, à la non-gratuité des fournitures médicales, aux subventions directes aux bénéficiaires, à l'embauche de contractuels... Malgré toutes ces mesures, des bénéficiaires économiquement défavorisés ne reçoivent pas toujours les services requis par leur état (BRUNET, 1987 : 52).

Or les perspectives d'accroissement significatif des crédits alloués par le MSSS au maintien à domicile semblent peu prometteuses, si on en juge à partir des déclarations de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

> L'exemple des budgets investis en services à domicile me laisse parfois perplexe dans la mesure où à un baril sans fond dans lequel les besoins se multiplient à l'offre, il faut pouvoir opposer des critères d'évaluation des besoins beaucoup plus précis (MSSS, 1986a : 15).

Dans le contexte où les besoins et les demandes dépassent largement l'offre de services publics et où les perspectives d'accroissement budgétaire sont faibles, les CRSSS et les CLSC ont de plus en plus recours a une forme ou l'autre de privatisation des services de maintien à domicile, en raison des économies de coûts qu'elles représentent. Une porte avait d'ailleurs été ouverte dans cette direction lors de la publication de la politique du MSSS à l'egard des personnes âgées :

> Au CLSC, la personne âgée est accueillie et reçoit toute l'information nécessaire. Sa demande est évaluée et un plan de services est établi avec elle. L'évaluation de la demande de la personne âgée porte non seulement sur l'ensemble de ses besoins mais également sur ses capacités, sur le support de sa famille et de son entourage, sur les possibilités des organismes bénévoles, des services publics ou privés de lui apporter l'aide nécessaire (MAS, 1986 : 53).

Cette ouverture à la privatisation ne s'est pas traduite dans une modification de la politique officielle du MSSS, en matière de services à domicile, publiée en 1979. Officiellement, cette politique n'a jamais été démentie. Dans les faits cependant, elle a été modifiée. Il nous apparaît que, compte tenu, d'une part, de la réalité du recours au secteur privé par les organismes publics responsables des services à domicile et, compte tenu, d'autre part, d'une ouverture complaisante du ministères à cet égard, une conjoncture nouvelle est en place . Or, cette conjoncture favorise l'expression de demandes multiples quant à la modification de la politique de services à domicile du MSSS. C'est ainsi que, dans l'étude de la FCLSCQ, on propose, entre autres mesures, l'accentuation de la contribution financière des usagers à l'égard des services d'aide à domicile et le développement de ressources alternatives hors réseau (ROY, 1986 : 35).

Dans l'étude du MSSS, en 1987, sur les services de maintien à domicile, les recommandations suivantes sont envisagées :

> La politique actuelle de maintien à domicile devrait être l'objet d'une prochaine révision qui tiendrait compte des nouvelles préoccupations que connaissent les intervenants. Ces préoccupations sont entre autres :
> - la dispensation de moins de services à plus de bénéficiaires ou de plus de services à moins de personnes ;
> - une contribution possible des bénéficiaires;
> - la gratuité du matériel requis par l'état de la personne maintenue à domicile;
> - le principe de l'allocation directe au bénéficiaire;
> - le recours aux agences privées de services (1987a : 29).

De plus, on y souligne que :

> Bien que la Loi régissant les services de santé et les services sociaux au Québec interdit toute

> discrimination basée sur les revenus et, par le fait même, consacre, à tous, l'accès à ces services. On sait maintenant qu'il en va tout autrement (MSSS, 1987a : 28)

Enfin, le rapport du comité Brunet sur les services dispensés par les CLSC recommande que le MSSS révise sa politique de services à domicile et l'ajuste aux nouvelles réalités en précisant :

> Si le programme de maintien à domicile est devenu tout à fait essentiel, il présente aussi une telle complexité que le Comité ne peut que fortement inciter le MSSS à une remise à jour de la politique, à une reconnaissance formelle de certaines pratiques de fait ou à une condamnation de celles qui paraîtront inacceptables (la contribution financière des bénéficiaires, l'allocation directe, la non-gratuité des fournitures...) (BRUNET, 1987 : 52).

Il y a donc une forte probabilité que nous soyons à la veille d'une décision ministérielle déterminante en ce qui a trait à la politique de services à domicile. D'ailleurs, dans sa réaction officielle au Rapport Brunet, la ministre de la santé et des services sociaux déclarait récemment:

> Je suis tout à fait consciente des difficultés que souligne le Rapport quant aux frontières réelles et aux critères devant guider la dispensation, le financement et la gratuité des services à domicile. C'est pourquoi, mon ministère est actuellement à réviser sa politique de services à domicile et je pourrai, d'ici quelques mois, donner les orientations et les précisions qui s'imposent. (MSSS, 1987b: 5)

L'enjeu consistera à opter soit pour une reconnaissance et une consolidation des pratiques de privatisation actuelles, soit pour une réaffirmation des principes énoncés en 1979, en matière de services à domicile. Toutefois, si la politique de 1979 était réaffirmée, elle devrait être accompagnée de ressources financières conséquentes pour le réseau public.

Evidemment, c'est ici que le bât blesse, puisque, à titre d'exemple, le coût horaire d'une auxiliaire familiale en CLSC est d'environ 13.25$ (bénéfices marginaux compris), comparativement à 8.40$ en agences privées ou en coopérative de travail, à 6$ en moyenne pour une travailleuse autonome et à une fraction de dollar pour une bénévole.

Or, indépendemment des coûts, un certains nombres de questions et de limites semblent liées à chacun de ces secteurs privés de services à domicile.

6.2. Les services privés de maintien à domicile de type commercial

Dans leurs transactions avec les agences privées commerciales, les CLSC ont relevé un certain nombre de problèmes et d'insatisfactions dont : le manque de suivi manifesté dans la difficulté à rejoindrel'auxiliaire familiale de l'agence pour obtenir un rapport d'observation; le manque de formation du personnel; l'instabilité du personnel; la ponctualité;le problème de langue; le non-respect du plan d'intervention fixé par le CLSC; le manque de contrôle sur la situation (CGM, 1986).

Du point de vue des CLSC, utilisateurs de ces agences, le problème est posé de la façon suivante :

> Rappelons tout d'abord que nous ne pouvons exercer aucun droit de gérance sur le personnel qui nous est référé. Nous n'avons pas, non plus, d'influence sur le recrutement du personnel, sur la définition des exigences minimales de la tâche, sur l'encadrement donné au personnel et sur les besoins de formation de ce même personnel (...).
>
> Le roulement du personnel des agences ne nous permet pas d'inviter ce personnel aux réunions d'équipe ou de les amener à contribuer de façon plus active à l'équipe multidisciplinaire. Le

> bailleur de fonds n'accepterait pas de payer pour cette partie de la facture. En bref, nous nous butons à des difficultés quant à la coordination et la continuité des services.
>
> Nous devons aussi être constamment vigilants quant à la réalisation de l'objectif qui préconise le retour à l'autonomie du bénéficiaire par opposition à la nécessité que peut avoir un employé de travailler (MUCCI, 1986 : 5-6).

Ce dernier point est également relevé par André Trépanier du CSSSRMM pour qui la notion de profit chez les agences privées peut les inciter à susciter une demande et à entretenir des besoins chez les clients alors que l'objectif du réseau public est de favoriser l'autonomie des personnes (cf. entrevue avec A. Trépanier). En effet, il est possible de se demander si, objectivement, les agences privées n'ont pas intérêt en une forme de dépendance des clients à l'égard de leurs services afin d'asseoir et de développer leur marché.

Enfin, un dernier problème relatif aux agences privées commerciales concerne leur utilisation, directement par les usagers, sans que le coût des services ne soit défrayé par des fonds publics.

> En réaction à la pénurie de ressources en services à domicile, bon nombre d'usagers prennent la route du secteur privé où ils achètent des services. Ils y sont même conviés par les établissements de santé, faute, pour ces derniers, de pouvoir répondre à leurs besoins [...]
>
> Pour cette catégorie, nous savons que le recours au secteur privé pour l'achat de services à domicile pose une brèche sérieuse à l'accessibilité, compte tenu que près des deux tiers des personnes âgées au Québec vivent sous le seuil de la pauvreté (ROY, 1987).

6.3. Les coopératives d'auxiliaires familiales

Les coopératives d'auxiliaires familiales se sont revelées supérieures aux agences privées tant du point de vue des conditions de travail des intervenantes que de celui de la qualité des services aux usagers. D'ailleurs, ce dernier point est au coeur de la stratégie de marketing de la cooperative Auxi-Plus :

> - Sachant que les CLSC utiliseront de plus en plus les agences, l'entreprise décide qu'elle percera le marché à partir des insatisfactions des institutions par rapport aux agences :
>
> - Elle offrira du personnel formé par l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec.
>
> - Elle permettra aux institutions, par des rapports adéquats, de suivre ces cas.
>
> - Elle offrira un personnel responsable, puisque propriétaire de son entreprise (CGM, 1986).

Or, comme le souligne André Trépanier, si les coopératives en arrivent à offrir un service de qualité presqu'équivalente à celui du réseau public, combien de temps accepteront-elles de le faire pour une fraction du prix. (cf. entrevue avec A. Trépanier).

Enfin, le problème de l'accessibilité pour les clientèles démunies et dont les services ne sont pas financés par les fonds publics, demeure entier puisque les coopératives, pour survivre, se doivent de vendre leurs services.

6.4. Les services privés de maintien à domicile de type communautaire

L'origine et le développement du secteur privé, de type communautaire, ne pourraient, en aucune manière, être expliqués de façon réductrice par des pratiques de privatisation des services de maintien à domicile. En effet, l'action volontaire et communautaire existe par elle-même et répond à des besoins et des désirs d'actualisation, de participation, de solidarité, de valorisation et de changement social chez ceux et celles qui s'y impliquent (CABQ, 1982).

Or, les questions qui sont soulevées envers le privé communautaire concernent davantage sa possible récupération et subordination par le secteur public, à la faveur de pratiques de privatisation et les limites inhérentes à une telle orientation.

Selon plusieurs analyses, l'engouement et le financement de la part du MSSS à l'endroit du secteur privé communautaire relèverait d'une stratégie de désengagement de l'Etat du domaine des services à domicile publics, conjuguée avec une politique de désinstitutionnalisation et de compressions budgétaires (cf. ICEA, 1984; et ANDRE et FISHER, 1985; BOUCHER, 1986; BOURQUE, 1986; et entrevues avec G. Plamondon et Y. Brunet).

L'intérêt du MSSS serait de mettre à contribution des bénévoles pour réaliser une partie des tâches auparavant confiées au personnel du secteur public, afin d'orienter ce dernier vers des tâches plus lourdes, générées par la non-institutionnalisation de personnes âgées en perte d'autonomie et le retour à domicile de malades chroniques, auparavant hospitalisés. D'ailleurs, les organismes communautaires semblent être les premiers à prendre conscience de ce danger de récupération et de subordination de l'action volontaire par le réseau public.

Ainsi, CENTRAIDE MONTREAL, dans un mémoire soumis à la Commission Macdonald, en octobre 1983, soulignait :

> Il nous faudra surtout être très attentifs à ne pas vouloir utiliser le bénévolat pour remplir des fonctions qui ne sont pas ou qui ne peuvent être siennes. Cette tentation est grande à l'heure actuelle dans la structure gouvernementale, sous prétexte d'un manque de ressources financières.
> Il nous faudra être très vigilants, car une telle utilisation du bénévolat pourrait être source de conflits et surtout déplacer le bénévolat de sa vraie raison d'être au sein de notre société.
>
> Nous avons peut-être trop professionnalisé, dans le passé, et peut-être avons-nous exagéré en confiant à des salariés de l'Etat des tâches et des fonctions sociales qui ne peuvent dépendre d'un appareil gouvernemental. Mais il ne faudrait pas qu'à l'inverse, nous voulions utiliser le bénévolat pour répondre à des tâches qui ne peuvent être de sa responsabilité (1983 : 21-22).

De plus, dès 1983, l'Association des centres de bénévolats du Québec réclamait du MSSS la définition d'une véritable politique de maintien à domicile, dans le but de préciser les rôles respectifs joués par les établissements publics et les organismes bénévoles (ACBQ, 1983).

Or, en 1986, la situation apparaît tout aussi problématique aux yeux de la Fédération des centres d'action bénévole :

> Dans le contexte actuel des restrictions budgétaires, la tentation est forte de demander aux organismes bénévoles d'assumer les tâches qui normalement devraient l'être par l'Etat. Le bénévolat ne doit pas être la panacée pour masquer la décroissance des budgets. La crainte qu'entretiennent les organismes bénévoles de se voir pénalisés dans leurs subventions, s'ils refusent certains services demandés par le réseau, constitue un symptôme de

> l'insécurité et de l'ambivalence qu'ils vivent par rapport à leur autonomie (FCABQ, 1986a : 11).

Face à cette dynamique inquiétante, il est significatif de constater que la Fédération des centres d'action bénévole recommande de "privilégier la signature d'ententes de services entre les institutions et les centres d'action bénévole" (FCABQ, 1986b :9). Cette recommandation est formulée afin de permettre au réseau bénévole d'avoir accès à un financement lui permettant d'offrir une qualité de services équivalente à celles du réseau étatique et privé .

> Dans l'articulation du système de privatisation, la FCABQ considère que la place des organismes bénévoles est importante et qu'en conséquence, l'Etat leur reconnaisse des moyens assurant l'efficacité et la qualité de leurs interventions (FCAB, 1986a :6).

Nous ne pouvons nous empêcher d'imaginer les conséquences de telles mesures qui, sans doute, dans l'esprit de plusieurs, consacreraient le rôle et la fonction de sous-traitance du secteur privé communautaire envers le secteur public.

Dans un second ordre d'idées, mentionnons une des limites fréquemment citées quant au recours au secteur privé communautaire, soit les limites de la communauté elle-même. A ce chapitre, on invoque que l'apport de l'entraide communautaire est tributaire des ressources disponibles dans la communauté. Mais de nombreuses communautés enregistrent des difficultés à ce niveau. En fait, 51% des personnes âgées au Québec habitent des territoires en voie de diminution géographique et de sous-développement social (D'AMOURS, 1986 et ROY, 1986a). Ces communautés sont caractérisées par un plus fort taux de chômage et

d'assitance sociale ainsi que par un exode de la population des jeunes adultes et,conséquemment, par un vieillissement accéléré de la population.

> La situation des centres-villes (démembrement du tissu social) ou celle des régions périphériques où l'on enregistre une émigration parfois massive de la population active (jeunes et adultes) vers les centres urbains, témoignent en particulier des limites visibles d'une politique de maintien à domicile axée prioritairement sur l'apport de la communauté (ROY, 1986a : 21).

6.5. Les services à domicile dispensés par des travailleurs autonomes

Les services à domicile dispensés par des travailleurs autonomes peuvent l'être sans aucune intervention du réseau public ou avec le concours de ce dernier sous deux formes : la référence d'usagers à une banque de travailleurs autonomes ou le financement direct à l'usager pour que celui-ci achète ses services auprès d'un travailleur autonome.

Dans le premier cas où un établissement public réfère des usagers à un ou des travailleurs autonomes, les difficultés rencontrées renvoient, d'une part, à l'accessibilité, en raison de la non-gratuité des services et, d'autre part, à la qualité de ces services étant donné l'absence de quelque supervision ou évaluation que ce soit sur eux.

Dans le second cas où des fonds publics sont alloués à une personne pour des fins d'achat de services, les difficultés sont légions. Le problème de la qualité des services rendus doit être soulevé ici. Mais il y a lieu également de prendre en compte une série de questions touchant la dimension légale.

- Est-ce que les montants versés à un usager qui achète des services doivent être considérés comme un revenu au sens des lois sur l'impôt et de celle de l'aide sociale lorsque l'usager en est bénéficiaire?

- Est-ce que la personne qui achète des services à un travailleur autonome doit être considérée comme un employeur et, dans ce cas, est-elle soumise aux mêmes obligations que tous les employeurs?

- Est-ce que les normes et règlements de la Commission de la santé et securité du travail et de la Commission des normes du travail doivent s'appliquer?

- Enfin, quelles sont les responsabilités civiles respectives de l'usager qui achète les services et de la personne qui offre les service dans des situations conflictuelles d'accidents, de poursuites ou de dommages matériels?

Il y a donc une grande diversité au niveau des difficultés inhérentes à l'allocation financière directe aux bénéficiaires pour l'achat de services auprès de travailleurs autonomes. Mais, en plus, cette pratique peut comporter des enjeux beaucoup plus majeurs comme le souligne une étude du MSSS:

> Le Ministère devra se pencher sur le principe même de cette modalité puisqu'elle remet en cause le mode de dispensation actuel de services. Sur une petite échelle et dans certains cas particuliers, aucun problème véritable ne se pose. Cependant nous n'ignorons pas que cette façon de faire est de plus en plus répandue et il est déterminant que l'on s'y arrête (MSSS, 1987a : 27).

6.6. Sur les questions d'équité et d'universalité

Les pratiques de privatisation en matière de services à domicile peuvent prendre deux formes principales. En premier lieu, le "faire faire" qui consiste à utiliser le secteur privé commercial et aussi communautaire pour desservir des clientèles relevant des services publics. Dans ce cas, les problèmes soulevés renvoient plutôt à la qualité des services, aux conditions de travail et à la possible dénaturation de l'action volontaire.

Les problèmes d'équité et d'universalité se posent moins ici, car les clientèles desservies par cette forme de privatisation n'ont pas en général à débourser elles-mêmes pour recevoir les services.

Il en va tout autrement avec la deuxième forme de privatisation qui consiste à référer vers le secteur privé les clientèles qui devront s'acheter elles-mêmes leurs services. Cette deuxième forme principale de privatisation (à laquelle nous ajoutons également les pratiques de facturation aux usagers par les CLSC) révèle une situation évidente d'inéquité et de non universalité. En effet, pour les mêmes besoins et les mêmes services, certaines personnes sont desservies gratuitement par le réseau public alors que d'autres sont refoulées vers le privé où elles devront payer leurs services (là où ils existent, ce qui soulève un problème d'accessibilité dans certaines régions). A long terme, cette situation pourrait conduire à la création de deux réseaux distincts de services à domicile. Un premier, public, pour les personnes à très faibles revenus et un second, privé, pour les clientèles jugées capables de défrayer les coûts de leurs services. Or, si cette pratique devait se consolider, voire s'officialiser, il pourrait alors se produire la même dynamique que celle appréhendée dans les services d'hébergement, c'est-à-dire la remise en question par les non-bénéficiaires, mais contribuables, de la quantité, la qualité et l'existence même des services à domicile publics devenus selectifs et auxquels ces personnes n'auraient plus droit, puisqu'elles seraient jugées insuffisamment démunies.

BIBLIOGRAPHIE

ACBQ (1982), Bénévolat, autonomie, Association des centres de bénévolat du Québec, Montréal, 8 p.

ACBQ (1983), Dossier maintien à domicile, Association des centres de bénévolat du Québec, Longueuil, 7 p.

BELAND, Francois (1983), L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales: étude de cas, MAS, Direction des programmes, Québec, 43 p.

BOUCHER, Yvon (1986), La désinstitutionnalisation chez les personnes âgées: ses formes et ses déterminations, Mémoire de maîtrise en sociologie, UQAM, 195 p.

BOUDREAU, Omer et CARRIER, Denis (1973), Document préliminaire visant l'établissement d'une politique du MAS à l'égard du troisième âge, MAS, Direction générale de la planification, Québec, 54 p.

BOURQUE, Denis (1985), "L'approche communautaire en CLSC: les enjeux en cause et les conditions requises", in Service social, Vol. 34, Nos 2 et 3, Québec, pp. 326-339.

BOURQUE, Denis (1986), "Le renouvellement des pratiques sociales au Quebec. Le projet des acteurs dominants", in Revue canadienne de service social, 1986, Ottawa, pp. 208-218.

BRUNET, Jacques et al. (1987), Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, MSSS, Québec, 91 p.

CABQ (1982), Le bénévolat, facteur de progrès social, Centre d'action bénévole de Québec inc., Québec, 25 p.

CENTRAIDE-MONTREAL (1983), Mémoire soumis par Centraide Montréal à la Commission Macdonald, Montréal, 34 p.

CSSSRMM (1983), Programme communautaire de services à domicile axés sur le support à l'autonomie, CSSSRMM, Montréal, février 1983, 30 p.

CSSSRMM (1984), Personnes handicapées, projet d'organisation de services intensifs et à long terme, CSSSRMM, Montréal, 30 octobre 1984, 14 p.

CSSSRMM (1986), Services à domicile dans la rérion 06A. Elément du système de santé et des services sociaux à développer en priorité. Comité de maintien à domicile, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Montréal, janvier 1986, 61 p.

DSC MAISONNEUVE-ROSEMONT (1984), L'aide à domicile pour le territoire de Maisonneuve-Rosemont: un suivi de la demande, Module recherche DSC Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 162 p.

D'AMOURS, Martine (1986), "La part du communautaire" in Vie ouvrière, Vol. XXXV, No 198, décembre 1986.

FCABQ (1986a), Mémoire sur la santé et les services sociaux présenté à la Commission Rochon, Fédération des centres d'action bénévole du Québec, février 1986, 11 p.

FCABQ (1986b), Pistes de solution, Mémoire présenté à la Commission Rochon, Fédération des centres d'action bénévole du Québec, 10 p.

FCLSCQ (1978), Réaction de la FCLSCQ sur le document de travail du ministère des affaires sociales intitulé: 'les services à domicile", FCLSCQ, Montréal, 11 p.

FCLSCQ (1982), La problématique du versement direct de sommes d'argent par les CLSC à des personnes handicapées (ou d'autres clienteles) pour leur permettre d'acheter les aides dont elles ont besoin pour vivre à domicile, FCLSCQ, Montréal, 20 p.

FISCHER, H. et ANDRE, M. (1985), "L'Etat et les organismes bénevoles, de nouvelles règles du jeu", in Carrefour des affaires sociales, Vol. 7, no 2 (printemps 1985), pp. 13-15.

GCM (1986), L'agence coopérative d'auxiliaires familiales de Montréal. Etude de cas, Groupe conseil des coopératives de travail de Montréal-Laval, Montréal. (non paginé).

GCM (1987), Document d'accueil à l'intention des travailleuses et travailleurs membres de la coopérative Auxi-Plus, Groupe conseil des coopératives de travail de Montréal-Laval, Montréal, 10 p.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC (1979), Arrêté en Conseil no 3179-79.

GROUPE CHAMPLAIN (1986), Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Groupe Champlain, Montréal, 14 p.

ICEA (1984), Le bénévolat, un débat à faire, dans le bulletin de liaison de l'Institut canadien d'éducation des adultes, vol. 6, nos 4-5 (février 1984), Montréal.

MARTIN, Jean-Marie (1970), Pour une politique de la vieillesse, annexe no 17 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, Québec, 170 p.

MAS (1973), Orientations générales en santé communautaire, MAS, Québec, octobre 1973.

MAS (1976), Les services à domicile. Politique du MAS. Document de travail, MAS, Quebec, novembre 1976, 69 p.

MAS (1977a), Le ministère des affaires sociales et les personnes âgées, MAS, Direction générale de la planification, Document de travail, Québec, 65 p.

MAS (1977b), La gratuité des services d'aide et de soins à domicile, Circulaire INF 140-1977, Québec, 29 novembre 1979.

MAS (1979a), Les services à domicile. Politique du ministère des affaires sociales, MAS, Québec, novembre 1979, 30 p.

MAS (1979b), Budget de développement des services d'aide et de soins à domicile: organismes du réseau et organismes hors réseau à caractère bénévole, Circulaire 20-00-07, MAS, Québec, 5 p.

MAS (1980), Rapport annuel 1979-80, MAS, Québec

MAS (1981), Rapport annuel 1980-81, MAS, Québec

MAS (1982), Transferts d'effectifs affectés à la réalisation des programmes socio-sanitaires de première ligne, Circulaire 1982-076, Québec, 21 juillet 1982, 3 p.

MAS (1983), Le budget 1983-84 destiné aux organismes bénévoles de maintien à domicile, Circulaire 1983-053, MAS, Québec, 3 p.

MAS (1984a), La campagne 1983-84 du ministère des affaires sociales sur le bénévolat.: éléments d'évaluation, MAS, Service d'évaluation des programmes de services sociaux, Québec, 45 p.

MAS (1984b), Population âgée à domicile, nature des besoins et éléments de réponse, Rapport du groupe de travail sur les alternatives à l'institutionnalisation, MAS, Québec, 46 p.

MAS (1985), Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des affaires sociales à l'égard des personnes âgées, MAS Québec, 61 p.

MINISTERE DE LA FAMILLE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL (1965), Rapport annuel 1964-65, Gouvernement du Québec, Québec.

MSSS (1985), Lettre de Claude Mercier, notaire, au CLSC des Trois Vallées, MSSS, Direction des services juridiques, Québec, 17 décembre 1985.

MSSS (1986a), Texte des mesures visant le désengorgement des urgences, MSSS, Québec, mai 1986.

MSSS (1986b), Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le réseau de ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée au Québec. Etat de situation et proposition d'hypothèses de travail, MSSS, Québec, 33 p.

MSSS (1987a), Monographies sur les services de maintien à domicile: tendances et problématiques actuelles, MSSS, Québec, 36 p.

MSSS (1987b), Conférence de presse de la Ministre de la santé et des services sociaux sur le Rapport Brunet, Québec, 29 avril 1987, 11 p.

MUCCI, Fernand (1986), Le maintien à domicile et les agences privees, Allocution prononcée à la 15e reunion annuelle scientifique et educative de l'Association canadienne de gérontologie, Québec, 2 novembre 1986, 9 p.

PARENTEAU, Fernand (1986), Historique, actualité et avenir des CLSC, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Direction des services communautaires, MSSS, Québec, octobre 1986, 111 p.

ROY, Jacques (1986a), Bilan du maintien à domicile pour les CLSC, tome I: Problématique des services, FCLSCQ, Collection étude et analyse, Montréal, février 1986, 69 p.

ROY, Jacques (1986b), Bilan du maintien à domicile pour les CLSC, tome II: Problématique des ressources, FCLSCQ, Collection étude et analyse, Montréal, février 1986, 45 p.

ROY, Jacques (1987), "Un avenir compromis" in Le Devoir, 13 mars 1987.

Chapitre 7

Pratiques de privatisation dans les services sociaux aux femmes

Introduction

En amorçant ce chapitre sur les services sociaux offerts aux femmes, nous voudrions attirer l'attention sur des caractéristiques particulières à ce secteur. La majeure partie des services s'adressant à des femmes, qu'il s'agisse d'aide aux femmes violentées, de support aux mères cheffes de famille ou de regroupements de femmes isolées et dépressives sont présentement organisés et dispensés par des groupes extérieurs au réseau étatique. Ce sont des services relativement récents. Leur développement rapide fait partie de l'évolution marquée du mouvement des femmes au début des années 1980. Comme le faisait remarquer Martine D'amours dans un article récent:

> Le développement le plus récent --le plus majeur aussi-- du mouvement des femmes dans les années 80 a pour visage des centaines de groupes locaux qui, **investis surtout dans les services**, se sont également donné des regroupements aptes à les défendre sur le plan politique. (D'AMOURS, 1987 : 11).

Nous l'avons vu dans le chapitre 3, le gouvernement québécois a mis au point et propagé, à l'aube de la présente décennie, un discours communautariste qui tend à influencer largement l'organisation et la pratique des services sociaux. Ce discours vient, en quelque sorte, expliciter

le sens des compressions budgetaires dans les CSS et les CLSC puisque, desormais, les individus devront le plus possible se prendre en charge, avec l'aide de leur communaute.

Plusieurs ressources pour femmes, s'inspirant d'une comprehension feministe des problemes sociaux et de l'intervention sociale (cf. CORBEIL et al. 1983; BEAUDRY, 1981 et 1984; LAROUCHE, 1985; PAQUET-DEEHY et al. 1985; MAS, 1985a) mettent sur pied des services organises et geres totalement par des femmes. Elles se tournent ensuite vers les gouvernements, reclamant un financement adequat pour des services qu'elles jugent indispensables. C'est la, nous aurons l'occasion de le constater, que des contradictions majeures surgissent.

La reponse etatique, tres souvent, sera plus qu'ambigue. Au niveau du discours (ex.: MAS, 1985a), on note un grand interet pour les realisations des femmes. Pratiquement, au fil des ans, le MAS/MSSS a augmente les subventions destinees a certains groupes de femmes (cf. tableau 1). Cette ouverture et un terrain social favorable ont provoque des demandes accrues en direction de l'Etat, de la part des ressources feministes qui se developpent, pendant les annees 1980 surtout, a une vitesse impressionnante. Cependant, en 1986-87, le gouvernement liberal gele les subventions destinees a l'ensemble des organismes communautaires et laisse ces organismes dans l'incertitude concernant le soutien qui leur sera reserve dans l'avenir. [1] Cette decision politique a genere une immense deception et beaucoup d'inquietude dans les rangs des groupes de femmes de meme que dans les autres organismes communautaires concernes . Ces organismes

[1] Ce gel est d'autant plus significatif que les subventions aux organismes communautaires relevant du MAS/MSSS avaient, au cours des années antérieures, connu des hausses substantielles. Voir a ce sujet notre troisieme chapitre.

privés à but non lucratif donnent des services que le secteur public ne donne pas, ou tant soit peu --surtout en ce qui concerne les femmes--. Ils réclament une reconnaissance de l'Etat pour leur travail et un financement adéquat. Mais les gouvernements qui se succèdent à Québec et à Ottawa, tout en encourageant le bénévolat et la prise en charge communautaire, hésitent à s'engager autrement qu'à court terme. Ils éprouvent de la difficulté à reconnaître que le travail gratuit des bénévoles ne peut combler tous les besoins et encore moins assurer la permanence des groupes.

Le dossier des organismes non gouvernementaux (ONG) de type communautaire offrant des services aux femmes s'insère très bien dans notre problématique concernant la privatisation et cela au chapitre de la privatisation de type communautaire en particulier. Il y a quinze ans, les services reconnus indispensables par l'Etat ne tardaient pas à être étatisés et financés par le MAS. Au cours des années 1970, dans le contexte de la mise en oeuvre de la réforme, il était considéré normal que l'Etat et les établissements publics s'impliquent de façon responsable dans les services sociaux aux familles dont certaines composantes pouvaient concerner plus spécialement les femmes. Mais depuis la fin des années 1970, il y eut des réorganisations, des rationalisations et des compressions budgétaires qui amenèrent un rétrécissement de la gamme de services accessibles aux

femmes dans le réseau public.[2] Aujourd'hui, on retrouve encore dans certains établissements publics, grâce à l'ingéniosité et à la vigilance de quelques intervenantes, la disponibilité de certains services qui sont pertinents pour les femmes.[3] Mais souvent ces situations s'apparentent à des cas d'exceptions qui confirment la règle. Des services sociaux, estimés essentiels dans divers milieux, sont largement laissés pour compte et abandonnés au secteur non gouvernemental à but non lucratif. On laisse pratiquement entendre que les ONG communautaires assumant des services auprès des femmes n'ont qu'à organiser des campagnes de levées de fonds et on assiste à la réapparition de la tradition de la charité publique,jadis si vivante dans la société québécoise.

---

2 Qu'il suffise de rappeler ici l'érosion des services de consultation conjugale survenue dans les CSS à partir de la fin des années 1970. Le nombre des nouveaux couples aidés dans les CSS est passé de 2 950, en 1979-80 à 1 552, en 1982-83, ce qui représente, à l'intérieur de trois ans, une baisse de 47.4%. (MAS, 1985b: 50). Il est aisé de comprendre le lien entre des phénomènes semblables dans les établissements publics et la montée des services sociaux dispensés soit par des professionnels indépendants (psycho-thérapies commerciales) soit par des organismes privés à but non lucratif ou des Organismes non gouvernementaux (ONG) de type communautaire. C'est ici que le désengagement de l'Etat dans le secteur public va de pair avec le développement de la privatisation de type commerciale ou volontaire.

3 Nous pensons par exemple à certains CLSC dont certains de la région de Laurentides-Lanaudière qui offrent des services à des femmes ayant été victimes d'incestes. Nous pensons à d'autres CLSC qui offrent des services de sexualité-contraception. Nous pensons aussi, évidemment aux CLSC qui continuent d'offrir des services d'avortements en prenant en compte dans leur approche la dimension sociale . Nous pensons aussi aux CSS et aux CLSC dans lesquels des intervenantes et des intervenants du social et parfois des gestionnaires, avec la complicité d'usagers-ères, s'efforcent inscrire leur travail quotidien --avec éventuellement des jeunes, des personnes âgées et handicapées, des personnes appartenant à des minorités ethniques-- et la programmation de leur établissement dans une problématique traversée par la prise en compte des rapports de sexes.

Dans ce chapitre, nous tenterons d'illustrer concrètement cette problématique et d'analyser les principaux enjeux qui en découlent.

1. Un peu d'histoire

La notion même de services sociaux s'adressant à des femmes, qu'elles soient ou non épouses et mères de famille, est relativement nouvelle. Dans les années 1960 et 1970, on parlait de **services familiaux** et nos institutions publiques (CSS et CLSC, surtout) tentaient de résoudre des problèmes comme : les conflits conjugaux, les mauvaises relations entre parents et enfants, les abus physiques à l'égard des enfants, la délinquance, etc... Ces problèmes font partie, encore aujourd'hui, du décor familier des services sociaux publics, à l'exception toutefois de la consultation conjugale que l'on retrouve davantage dans les bureaux privés des psychothérapeutes.

C'est l'apparition du courant de pensée féministe qui a permis l'identification des problèmes vécus spécifiquement par les femmes. C'est précisément ce que notait le **Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence** dans son premier mémoire présenté à la commission Rochon.

> De nouveaux lieux d'appartenance pour les femmes voient le jour : centres d'information et de référence, centres de jour, associations de familles mono-parentales, groupes d'entraide, groupes féministes de lutte. Ceux-ci et les communautés religieuses, à travers leurs services de dépannage ou d'information, identifient rapidement l'urgence de répondre aux besoins des femmes victimes de violence conjugale. (REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HEBERGEMENT, 1986a :2)

Quant au MAS/MSSS, il explique son intérêt pour les problèmes des femmes dans sa Politique d'aide aux femmes violentées (MAS, 1985a :

3). La démarche du ministère s'inscrit dans le prolongement des réflexions amorcées, depuis quelques années, par le Conseil du Statut de la Femme (CSF) dans le document **Egalité et indépendance** (CSF, 1978). Ce document insistait, entre autres, sur les situations de violence dont certaines femmes étaient victimes et proposait des actions précises afin d'améliorer leur situation. Il va sans dire que le MAS, tout comme le CSF, au tournant des années 1970 et 1980, se trouvait fortement interpellé par l'action et les revendications des groupes de femmes.

A l'aube des années 1980, le féminisme connait une période de grande effervescence et une pléiade de groupes nouveaux apparaissent. On voit se multiplier des groupes axés sur le service comme les centres de femmes, les centres de santé, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence familiale, les maisons pour femmes toxicomanes, itinérantes, etc..Ces organismes sociaux constituent les ressources les plus connues dans la conjoncture actuelle. Cependant, il ne faudrait pas oublier d'autres groupes moins axés sur les services mais qui travaillent à promouvoir l'égalité des femmes. Nous faisons référence, par exemple aux comités de condition féminine qui foisonnent dans des institutions publiques ou des syndicats; aux regroupements formels ou informels de femmes professionnelles, chercheures et enseignantes; à **Action-travail des femmes**, à **Au Bas de l'échelle** ainsi qu'à tous ces organismes

communautaires qui ne pourraient survivre sans l'implication massive et de plus en plus articulée des femmes.[4]

On est en présence d'un courant historique qui trouve sa racine dans la prise de conscience faite par les femmes des diverses formes de discrimination qu'elles subissent et dans leurs luttes pour conquérir leur autonomie. Les femmes veulent se prendre en charge, s'affirmer, revendiquer le droit à l'égalité dans tous les secteurs de la vie. Dans la foulée de leurs luttes et revendications, elles mettent sur pied des services sociaux avec une approche qu'elles qualifient de "globale".

Dans son mémoire présenté à la Commission Rochon, L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC, présentait "**l'approche globale**" de la façon suivante :

> Il faut voir à la fois la volonté des femmes de se donner des services, des moyens d'agir sur leurs conditions de vie, de s'entraider et de lutter pour le contrôle de leurs corps et de leur individualité (L'R DES CENTRES DE FEMMES, 1986 a : 7).

C'est donc à des groupes privés sans but lucratif que nous devons l'apparition de nombreuses ressources cherchant à répondre à des problèmes qui atteignent grandement les femmes. Ces groupes, cependant, se sont rapidement tournés vers l'Etat, en particulier vers, le ministère québécois de la Santé et des services sociaux, pour obtenir une reconnaissance formelle de leur travail et, conséquemment, du financement.

Dès la fin des années 1970, le MAS a commencé à subventionner partiellement des maisons d'hébergement, des centres de femmes, des

---

[4] Par exemple : l'Association québécoise de défense des retraités et pré-retraités et son comité de condition féminine, le Front commun des assistées sociales et assistés sociaux, la Fédération des associations de familles monoparentales du Québec, les garderies sans but lucratif, les groupes d'entraide, les centres de bénévolat, etc...

centres de santé, etc.... Les rapports annuels du ministère sont instructifs à ce sujet. C'est ainsi que dans le Rapport 1978-1979, on note que "le ministère des Affaires sociales a financé deux centres à titre d'expérience-pilote, **Carrefour pour Elle**, et, **l'Escale**, de Sherbrooke" (MAS, 1979 : 45). En 1979-1980, le MAS finançait onze centres de dépannage pour femmes en difficultés; en 1980-1981, 18 centres étaient subventionnés par le MAS; 21, en 1981-1982; 38 en 1982-1983 et 47, en 1983-1984 (cf.MAS, 1980, 1981, 1982, 1983 et 1984). Dans la politique d'aide aux femmes violentées, on dénote que le ministère subventionne " 47 maisons d'hébergement, 8 centres d'aide et deux regroupements pour un budget total de 4.6 millions de dollars" (MAS, 1985 : 14). Aujourd'hui, le MSSS, en concertation avec les conseils régionaux, tente de définir concrètement les rôles et les responsabilités des organismes impliqués dans les services sociaux et de santé, aux femmes. Ce qui ne va pas sans heurts.

La contradiction majeure, telle qu'exprimée par plusieurs groupes, est de voir l'Etat reconnaître le travail essentiel accompli par les ressources communautaires, du moins, dans ses discours, mais leur refuser un financement adéquat et stable. Plus récemment, le REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HEBERGEMENT a exprimé l'inquiétude de voir des institutions étatiques s'approprier une partie des services actuellement rendus par les ressources féministes, et ce, en les vidant d'une partie de leur substance (cf. FRECHETTE et PRUDH'HOMME, 1987 : 20).

Ce qui est donc en cause, c'est le **rapport privé-étatique**. Que veut l'Etat? Comment se situe-t-il par rapport aux services sociaux qui s'adressent aux femmes et à leurs revendications? Quel sera son apport financier? Quel sera son engagement dans la production et la dispensation

des services? Quelle part d'autonomie est-on prêt à déléguer aux ressources alternatives tout en leur assurant un financement suffisant?

2. Les centres de femmes et les maisons pour femmes violentées

2.1 Les centres de femmes

Le premier centre de femmes a vu le jour en 1972. Mais c'est au début des années 1980 que les centres commencent à se multiplier. Lorsque le Secrétariat d'Etat (Ottawa) organise une rencontre des centres de femmes du Québec, les 26 et 27 janvier 1984, ils sont exactement cinquante-neuf. La majorité d'entre eux existent depuis trois ans (LAMOUREUX,1984: 10). En juin 1984, 150 déléguées venues des centres éparpillés aux quatre coins du Québec, décident de se donner un regroupement. Ainsi naît L' R des centres de femmes du Québec regroupant pas moins de 76 centres . Dans les **Statuts et règlements** de l'R des centres de femmes la définition suivante est apportée au sujet des centres :

> Le centre de femmes est un lieu où les femmes se regroupent et se donnent ensemble des moyens de conquérir leur autonomie. Les moyens sont choisis selon les besoins des femmes d'une région, d'une localité ou d'un quartier. Son approche est polyvalente et féministe .

Actuellement, il y a environ 85 centres de femmes, répartis à travers toutes les régions du Québec. Environ 200 000 femmes fréquentent régulièrement ou occasionnellement les centres. Ceux-ci sont autogérés par des femmes, permanentes et bénévoles. Ce sont des lieux de rassemblement où des femmes viennent suivre des cours, se rencontrer et échanger sur leur vie et leurs expériences, s'impliquer et agir dans leur milieu. C'est ainsi que l'on

verra des femmes à l'oeuvre dans un comité-théâtre participer à une création collective sur la violence conjugale, ou à un atelier d'auto-défense, ou encore à une lutte contre l'étalage de pornographie dans leur milieu. La plupart des femmes qui fréquentent les Centres sont des travailleuses au foyer vivant des situations pénibles telles des situations de rupture, de pauvreté, de solitude, de violence conjugale, de toxicomanie, etc... Les centres jouent, par conséquent, un rôle majeur dans la vie de ces femmes. Les femmes qui les fréquentent peuvent se confier, trouver du support, reprendre confiance en elles et éviter ainsi un recours onéreux à des ressources plus spécialisées. Nous avons là un exemple intéressant d'un type d'intervention sociale soucieuse de favoriser la prévention des problèmes sociaux.

Selon Madame Lyse Brunet, coordonnatrice au Regroupement des centres de femmes, les centres ont peu de liens avec les CSS et les CLSC Les liens s'établissent parfois sur une base informelle avec des intervenantes, mais il n'y a pas d'ententes de services. Ce qui n'empêche pas certains CLSC de référer des femmes aux centres. (Cf. entrevue avec L. Brunet).

Dès leur première rencontre, en janvier 1984, les centres de femmes, identifient comme majeur le problème du sous-financement. En novembre 1986, L' R DES CENTRES DE FEMMES du Québec publiait d'ailleurs un imposant document intitulé : **Les centres de femmes parlent argent** (1986c). Plusieurs données révélatrices sont contenues dans ce dossier :

a) Environ 30 centres de femmes se partagent une somme de 866 000$ provenant du Secrétariat d'Etat (fédéral), du MSSS et du MEQ (provincial). Donc, seulement 1/3 des centres bénéficient régulièrement de subventions accordées pour les frais de fonctionnement. Ces subventions ne sont ni récurrentes, ni statutaires.

b) En 1985-86, sur les 40 centres qui ont présenté des demandes au MSSS , seulement 23 ont reçu une réponse positive. En 1986-87, 60 centres ont fait une demande et une trentaine ont reçu des subventions.

c) Les salaires des intervenantes proviennent presqu'uniquement des projets de création d'emplois. Elles gagnent en moyenne 8 000$ à 10 000$ par année.

d) La recherche de financement absorbe le tiers du temps des travailleuses et des bénévoles, impliquées dans les centres.

Selon Lyse Brunet, les centres de femmes sont des services essentiels qui doivent être reconnus comme tels par l'Etat. Celui-ci doit donc les subventionner correctement, sans toutefois viser leur intégration au secteur public.

L' R DES CENTRES DE FEMMES du Québec élabore donc une série de recommandations (1986c : 34-35) visant à obtenir des ministères concernés aux deux paliers de gouvernement (fédéral et provincial) des **politiques** claires sur le financement des centres de femmes. Il s'agit d'obtenir une reconnaissance réelle et concrète du travail accompli par les centres. La situation est claire : les centres qui recourent beaucoup au bénévolat et qui doivent faire des pieds et des mains pour s'assurer un financement minimal, ne tiendront pas le coup indéfiniment. Ils qualifient leur situation **d'alarmante** et font du financement, une priorité. Principal bailleur de fonds, l'Etat, à leur avis, doit s'impliquer de façon plus conséquente surtout s'il prétend adhérer aux objectifs du mieux-être et de l'autonomie des femmes.

2.2 Les maisons d'hébergement

Il y a actuellement une cinquantaine de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, au Québec. 38 d'entre elles font partie du REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence. Depuis 1975, environ 30 000 femmes et enfants ont eu besoin des services de ces maisons (1986 a:3).

Nous n'avons pas à épiloguer longuement, ici, sur l'ampleur du problème de la violence conjugale, ni sur la nécessité pour les femmes violentées de trouver refuge dans une maison ouverte 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le MSSS, en 1985, a reconnu d'ailleurs l'importance de ces ressources issues du milieu.

> Une femme violentée, qui a dû quitter sa maison avec ses enfants, ne peut se permettre d'encourir les délais habituels générés par le fonctionnement des organismes d'aide. Il importe donc de procurer à ces femmes des formules adaptées à leur vécu afin de sortir du cycle répétitif de la violence (MAS, 1985a:12).

Les maisons existent depuis douze ans. En 1979, naissait le Regroupement provincial de maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence. Grâce à l'action des maisons et de leur Regroupement, la problématique de la violence faite aux femmes a commencé en 1979-80 à être vraiment prise au serieux par l'Etat et les services sociaux.

En 1978, dans le document : **Pour les québécoises : égalité et indépendance**, le Conseil du statut de la femme abordait clairement la question de la violence faite aux femmes. En 1979-1980, le MSSS, de concert avec le ministère de la Justice et le CSF, organisait plusieurs colloques régionaux sur la violence faite aux femmes et aux enfants.

En 1982-83, le MSSS entreprend une tournée systématique des maisons dans le but d'élaborer une politique en matière de services aux femmes violentées. La politique sera adoptée en 1985.

Cette politique était réclamée depuis plusieurs années par les maisons. En effet, malgré leur développement rapide et l'implication financière du MSSS (depuis 1979), les maisons survivaient dans une situation précaire. Des travailleuses sous-payées, des bénévoles surchargées, trop de temps passé en recherche de subventions, c'était et c'est encore, le lot de toutes les maisons.

Du point de vue du MSSS, la politique de 1985 devait stabiliser la situation. "Le ministère entend consolider son programme de subventions à ces organismes afin de les aider à rejoindre un plus grand nombre de femmes" (MAS, 1985a: 21).

Dans l'annexe I à sa politique, le ministère définit le cadre de référence sur l'aspect financier des organismes communautaires offrant de l'aide aux femmes violentées. Il rappelle que le financement s'effectue par le programme de soutien aux organismes communautaires. Les groupes qui désirent être subventionnés doivent présenter une demande annuellement et le MSSS leur assure un financement **partiel**, voulant ainsi préserver leur autonomie et l'implication de la communauté.

Etant donné que les maisons ont demandé au MSSS de conserver l'autonomie leur permettant de préserver leur approche globale et féministe, le MSSS les inclut parmi les organismes communautaires. Cependant, il leur fixe un montant de base ré-évalué annuellement (entre 70 000$ et 130 000$) et il alloue un ***per diem*** de 6,00$/par personne à toutes les maisons.

Mais la politique d'aide aux femmes violentées (MAS, 1985a) ne fait pas qu'assurer un financement de base. Pour le MSSS, elle est l'occasion de

clarifier les rôles respectifs des organismes impliqués dans ce dossier : CSS, CLSC, hôpitaux, maisons d'hébergement. On mentionne au passage, les centres de femmes, appelés ici centres de jour. Le MSSS reconnait explicitement aux maisons un rôle d'accueil, d'hébergement et d'aide aux enfants. Les services d'aide psycho-sociale et de suivi devraient être assurés par les CLSC et les organismes communautaires. L'information et la sensibilisation deviennent la responsabilité de tous les acteurs : MSSS, organismes communautaires ou professionnels, établissements du réseau.

Pour Mesdames Danielle Fréchette et Denise Tremblay, du Regroupement provincial, cette politique est décevante. Selon elles, le financement accordé par le MSSS répond à 28.9% du besoin réel d'une maison. Le ***per diem*** de 6,00$ constitue une baisse pour plusieurs maisons par rapport à ce qu'allouaient certains CSS. Les maisons qui étaient "accréditées" par le MSSS au moment de l'adoption de la politique ont été subventionnées en fonction des règles prévues mais aucune nouvelle maison n'a été accréditée depuis ce temps. Le financement diffère donc énormément selon qu'il s'agit d'une ancienne ou d'une nouvelle maison. Le gel des subventions, décrété par le gouvernement actuel, vient aggraver la situation financière des maisons.

Par ailleurs, la répartition des rôles entre les organismes met les intervenantes des maisons en "compétition" avec celles des CLSC. En effet, toujours selon les porte-paroles du Regroupement, le MSSS attribue aux CLSC un rôle de "suivi" auprès des femmes violentées, même après un passage en maison d'hébergement. Ce faisant, le ministère nierait l'expertise développée par les maisons depuis de nombreuses années. Les maisons refusent de se voir limitées à un rôle d'accueil et d'hébergement et demandent que les subventions tiennent compte des tâches liées aux

activités d'aide, de support et de suivi des femmes, même après l'hébergement (Entrevue avec D. Fréchette et D. Tremblay).

Dans un article paru en janvier 1987 dans la **Revue Notre-Dame**, Danielle Fréchette et Diane Prud'homme, respectivement coordonnatrice et adjointe au Regroupement provincial, disent ceci :

> Au cours de la dernière décennie, c'est nous qui avons porté sur la place publique le dossier de la violence faite aux femmes. Tout semble donc se passer comme si, après 10 ans de loyaux services, on nous remerciait gentiment, considérant notre action des dernières années comme utile, tout au plus.(...). Les rôles d'information, de sensibilisation, d'accompagnement des femmes après un séjour dans une maison d'hébergement et d'intervention auprès des enfants nous sont à toute fin pratique retirés (FRECHETTE et PRUD'HOMME, 1987 : 19).

Pour les représentantes du Regroupement, l'action du MSSS vise à sauvegarder l'aspect "hébergement" fourni à peu de frais par les maisons, tout en vidant leur intervention de leur contenu féministe, créateur, innovateur et subversif (cf. entrevue avec D. Fréchette et D. Tremblay).

Les maisons vont donc, à leur tour apporter leurs suggestions et éléments de solution à la situation actuelle. Leur deuxième mémoire présenté à la Commission Rochon, en juin 1986, est très précis: leur intervention est centrale, première, primordiale et l'action des autres établissements doit se faire en complémentarité à la leur. Les maisons demandent aux CLSC et aux CSS de leur référer les femmes violentées.Elles revendiquent une enveloppe budgétaire protégée correspondant aux coûts réels d'opération d'une maison, et la récurrence des subventions. Enfin, elles tiennent à sauvegarder leur autonomie, garante de leur dynamisme, de leur créativité et de leur originalité (REGROUPEMENT DES MAISONS D'HEBERGEMENT, 1986b : 11).

Le 4 septembre 1986, Madeleine Lacombe, présidente du Regroupement provincial faisait parvenir au **Devoir** une lettre envoyée à Mme Thérèse Lavoie-Roux. Elle y dénonçait le gel des subventions décrétées par le MSSS alors que le parti libéral s'était prononcé en faveur d'une consolidation financière des maisons, lors de la campagne électorale de 1985.

Deux ans après l'adoption de la politique d'aide aux femmes violentées sous le gouvernement précédent, la situation financière des maisons demeure très difficile.

> On a évalué nos besoins à 366 000$ plus un *per diem* de 9,41$ par personne pour faire fonctionner une maison durant un an. Le MSSS nous donne 26.9% de ce montant (Entrevue avec D. Fréchette et D. Tremblay).

3. Le point de vue de l'Etat

Jamais, depuis deux ans n'a-t-on tant parlé de la problématique des femmes violentées. En mars, 1986, le ministre de la Justice, Monsieur Herbert Marx, annonçait une nouvelle politique d'intervention judiciaire auprès des hommes agresseurs. En novembre 86, Mme Gagnon-Tremblay, ministre de la condition féminine, rencontrait les représentantes de 27 groupes de femmes. Elle disait être particulièrement préoccupée par le problème aigu du financement des maisons d'hébergement pour femmes violentées. De façon plus générale, on peut affirmer que les groupes de femmes sont mieux connus et leurs services, plus valorisés.

Le Conseil du statut de la femme (CSF) déposait en septembre 1986, un avis sur le financement de ces groupes, à la demande de la ministre de la Condition féminine. Le CSF qualifie les groupes de partenaires indispensables et recommande aux ministères concernés de leur assurer un financement

récurrent et indexé pour une période minimale de trois ans, en respectant leur mode de fonctionnement (**Le Devoir**, 25 septembre, 1986, p. 4).

Les ressources mises sur pied par et pour des femmes n'ont donc plus besoin de justifier leur existence et leur pertinence. Celles-ci sont reconnues, du moins, au plan du discours. Mais, pratiquement ou "financièrement" parlant, qu'en est-il au juste? L'observation des données recueillies auprès de fonctionnaires du Service de soutien aux organismes communautaires (MSSS) nous indique un développement important des subventions aux services pour femmes, au cours des dix dernières années .

Tableau 1: Evolution de l'aide financière accordée par le MAS/MSSS aux groupes de femmes, de 1977-1978 à 1986-87.

Année	nombre	budget
1977-1978	1	100 000$
1978-1979	2	250 000$
1979-1980	11	645 000$
1980-1981	18	1 325 000$
1981-1982	21	1 370 500$
1982-1983	38	2 799 830$
1983-1984	47	3 594 150$
1984-1985	72	4 810 500$
1985-1986	100	7 093 287$
1986-1987	113	7 462 328$

SOURCE: MSSS, Direction des services communautaires.

Comme nous pouvons le constater, il y a quelques années-charnières, au niveau de l'augmentation des subventions :

- En 1980-1981, on double le montant accordé aux femmes en difficultés, par rapport à l'année précédente. C'est d'ailleurs l'année qui suit la tenue des colloques régionaux sur la violence à l'égard des femmes et des enfants.

-Deuxième bond significatif : 1984-1985. La politique d'aide aux femmes violentées est en préparation. Par ailleurs, les services sociaux publics se sont vus amputer d'une partie de leur personnel suite aux compressions budgétaires de 1981-82 et de 1982-83. (cf. chapitre 3)

-Enfin, en 1985-1986, il y a une augmentation de 47.5% du budget, par rapport à l'année précédente suite à l'adoption de la politique ministérielle sur l'aide aux femmes violentées.

Par ailleurs, Mme Pauline Lapointe, responsable du secteur "Femmes en difficulté" au Service de soutien aux organismes communautaires, nous transmettait les informations suivantes, sur la situation qui prévaut en 1986-1987 :

- Suite à l'uniformisation des ***per diem*** dans les maisons d'hébergement, certaines d'entre elles ont vu leur ***per diem*** baisser. Cependant cela n'a pas affecté leur subvention globale car le MSSS a donné un montant pour réajuster la situation.

- Il est vrai qu'aucune nouvelle maison n'est "accréditée" et qu'il y a un gel des subventions accordées à chaque maison.

- Les centres de femmes reçoivent des subventions de beaucoup inférieures aux maisons, car le volet "hébergement" y est inexistant. On aimerait les financer plus mais les budgets sont gelés.

Sur l'épineuse question de la répartition des rôles entre les maisons et les autres organismes du réseau, Mme Lapointe affirme que le MSSS reconnaît les fonctions d'accompagnement et de suivi des maisons. Pour le

ministère, ces maisons sont loin d'être des "hôtels". Cependant, elle considère normal que les CLSC s'occupent des femmes violentées qui viennent frapper à leur porte (cf. conversation téléphonique avec Mme P. Lapointe).

En ce qui a trait au MSSS, on peut donc affirmer qu'il y a eu un effort de financement important durant les dernières années. Toutefois, ce soutien financier demeure marqué par certaines carences, dont les suivantes :

- La difficulté pour de nouveaux organismes à se faire financer --1 038 demandes acceptées sur 2 000 venant d'organismes divers, dans tous les secteurs-- (cf. entrevue avec des membres de l'équipe du Service de soutien aux organismes bénévoles);

- La précarité des subventions --présentation d'une demande annuelle, non-récurrente--;

- L'inégalité entre les montants accordés :un centre pour femmes itinérantes reçoit 35 000$, un autre centre de femmes reçoit 10 000$;

- et, surtout, le gel général des subventions.

Il convient de souligner aussi que la responsabilité du sous-financement de groupes et de services pourtant reconnus indispensables, ne retombe pas seulement sur le ministère de la Santé et des services sociaux. La direction générale de l'éducation aux adultes (MEQ) ne finance plus aucun nouveau groupe depuis 1984 et les montants accordés à l'éducation populaire sont maigres. Le gouvernement fédéral, quant à lui, en imposant de nouvelles normes aux programmes de création d'emplois, en 1986, prive tous les organismes communautaires d'une importante source de revenu pour assurer les salaires des employé-es (cf. entrevue avec G. Plamondon).

Nous sommes en présence d'une inadéquation flagrante entre la nécessité vécue par les femmes de recourir à des services créés par elles,

pour elles et selon une approche qui favorise leur autonomie, et des politiques étatiques qui permettent tout juste à ces services de survivre.

Pourtant, dans ce domaine, le gouvernement québécois pourrait difficilement prétendre que ses propres services, ceux qui sont dispensés particulièrement dans les CLSC, les CSS ou les DSC répondent totalement et adéquatement aux problèmes sociaux des femmes. Un document publié par le service de la condition féminine du MSSS (**Cadre de référence pour le développement d'un guide d'action en matière de condition féminine au ministère de la Santé et des services sociaux**), en mars 1986, fait état des progrès réalisés au niveau des services s'adressant aux femmes, mais, aussi, des pas importants qu'il reste à accomplir. Des exemples :

- Services de soutien aux adolescentes enceintes : aucune mesure spécifique n'a été prise. Les CLSC peuvent les soutenir dans le cadre de leur programmation générale (MSSS, 1986: 20).

- Actions en post-natal : elles sont insuffisamment développées. Le suivi se limite généralement à une visite ou un contact téléphonique (cf. 1986: 27).

- Services pouvant favoriser l'autonomie des femmes: le 1/3 environ des CLSC ont des programmes spécifiques de condition féminine et on ne connaît pas vraiment leur contenu (cf.1986: 54).

- Intégration des femmes cheffes de famille au marché du travail et à la vie communautaire (mandat CLSC) : réalisations peu nombreuses (cf. 1986: 78).

Les principales réalisations du MSSS en matière de condition féminine touchent la violence faite aux femmes, les abus sexuels, la maternité, la planification des naissance. Et même ces réalisations sont qualifiées de

limitées, car il s'agit souvent d'études, de sensibilisation, de formation, etc... Le manque d'argent fait en sorte que les ressources et le personnel manquent pour mettre en oeuvre des programmes.

Le Service de la condition féminine rappelle aussi que les gestionnaires du MSSS devront arriver à un consensus entre eux pour réaliser les défis posés par l'atteinte des objectifs d'égalité et d'autonomie des femmes (MSSS, 1986: 7). Par ailleurs, une entrevue réalisée avec Madame Ginette Larouche, chef de division au CSSMM, vient confirmer le bilan du Service de la condition féminine du MSSS. Madame Larouche a longtemps travaillé auprès des femmes violentées. Elle est l'auteure du **Guide d'intervention auprès des femmes** violentées (LAROUCHE, 1985) qui fut largement diffusé à l'intérieur et à l'extérieur du réseau. Selon cette interlocutrice, des progrès sont réalisés dans le réseau, au niveau des services offerts aux femmes violentées, mais ces progrès demeurent fragiles. Des intervenantes ont reçu une formation soit par le biais du Ministère --il s'agit en l'occurrence d'une formation très courte d'un mois-- ou par l'université de Montréal. Cette formation est reprise maintenant par le CSSMM qui l'offre à dix intervenantes. Le problème, selon G. Larouche, c'est d'implanter concrètement un programme d'intervention. Les CSS considèrent que leur mandat de protection de l'enfance est prioritaire. Avec un personnel réduit, ils hésitent à prendre en charge toute autre mission. Quant aux CLSC, ils se disent prêts à assumer l'intervention en contexte de crise, mais plusieurs, dans la région de Montréal, ont tendance à référer les femmes aux CSS pour un suivi à plus long terme. C'est un peu l'impasse.

Madame Larouche indique toutefois que des changements sont possibles dans la mesure où les intervenantes formées à travailler auprès des femmes violentées insistent de plus en plus pour mettre en pratique ce qu'elles ont

appris. Par exemple, au bureau de service social de l'Est (CSSMM), où travaille Ginette Larouche, 80 femmes violentées ont suivi un cheminement de groupe, depuis 1983. Il y a actuellement cinq intervenantes formées pour ce travail et l'intervention auprès des femmes violentées est reconnue comme une priorité.

Carole Lazure, conseillère au CRSSS Laurentides-Lanaudières, insistait, quant à elle, lors de l'entrevue qu'elle nous accordait, sur le fait qu'à cause de sa crise financière, l'Etat choisit de subventionner des groupes utilisant largement le bénévolat. C'est ainsi que, dans sa région (Laurentides - Lanaudière), plusieurs CLSC ont mis sur pied ou encouragé la naissance de groupes d'entraide pour femmes. Ces groupes s'occupent de planning, de périnatalité, de santé mentale, d'alcoolisme, etc. Leurs services complètent, renforcent ou même remplacent ceux des CLSC.

Quant aux liens entre les CLSC et les Maisons d'hébergement ou les Centres, ils existent mais demeurent fragiles à cause des divergences qui s'expriment. Dans Laurentides-Lanaudières, il y a cependant cinq tables de concertation réunissant des intervenantes des établissements publics et des groupes de femmes. On y discute beaucoup du financement et de la reconnaissance professionnelle pour les intervenantes des organismes communautaires.

Pour Madame Lazure, il existe , à l'heure actuelle, un danger réel de voir les établissements publics reléguer l'intervention auprès des femmes en difficulté, loin derrière d'autres priorités fixées, en raison du manque d'argent (cf. entrevue avec C. Lazure).

Conclusion: quelques enjeux

En terminant ce chapitre sur certains services sociaux offerts aux femmes, nous aimerions soulever quelques questions qui ressortent des discours et des pratiques des acteurs-trices impliques-es dans ce dossier. Les meandres compliques des rapports entre les organismes prives et l'Etat apparaitront ainsi dans toute leur importance.

1) Tout d'abord, nous l'avons déjà souligné, il est paradoxal de voir les gouvernements successifs reconnaître la nécessité des ressources mises sur pied par et pour des femmes et hésiter à s'engager vraiment dans un processus de financement stable et adéquat. Si le gouvernement du Quebec devait donner lui-meme tous les services assumes actuellement par des organismes communautaires, cela lui couterait infiniment plus cher. Pourquoi, alors, ne pas acceder aux demandes des groupes de femmes?

2) Le sous-financement des Centres de femmes en regard des montants alloués aux Maisons d'hébergement ne peut s'expliquer uniquement par l'inégalité des besoins. Il est vrai que le volet hebergement coute cher et que l'on doit en tenir compte. Cependant, nous emettons ici une hypothese: le travail des Centres de femmes est principalement axe sur la prevention, meme si les Centres offrent occasionnellement des services aux femmes en situation de crise. Les resultats sont donc quantifiables seulement sur une longue periode et non selon les instruments de mesures utilises dans les services de type curatif. Pourtant, le **travail de type préventif** accompli par les Centres aupres de femmes demunies et isolees est important. Il permet souvent d'eviter une

intervention plus lourde et plus coûteuse, humainement et financièrement (hospitalisation, médicaments, désintoxication, thérapies). Il serait donc souhaitable que le MSSS assure la viabilité des Centres de femmes, dans une perspective d'amélioration à moyen et à long terme de la condition féminine.

3) Le discours et la pratique de certaines ressources féministes, en particulier les Maisons d'hébergement et leur Regroupement, nous amènent aussi à nous poser quelques questions relatives au partage des responsabilités entre le secteur public et le secteur privé de type communautaire. Nous reconnaissons au départ que le travail accompli par les intervenantes des Maisons est d'une indiscutable nécessité. A notre avis, leur approche visant la conquête de leur autonomie et de leur intégrité par les femmes est du plus grand intérêt. Il nous apparaît donc important que le gouvernement du Québec s'engage à soutenir ces Maisons de toutes les manières possibles: financement adéquat et récurrent, support technique, collaboration des établissements du réseau, etc. Cependant, il nous paraît important d'affirmer aussi que les intervenantes des Maisons ne peuvent pas réclamer pour elles un quasi-monopole de l'intervention auprès des femmes violentées. Elles agissent principalement au moment où les femmes sont en situation de crise et cherchent un refuge en dehors de chez-elles. Leur rôle d'accueil, de support et de suivi après l'hébergement est important. Elles jouent aussi un rôle majeur dans la sensibilisation du public et des pouvoirs politiques face à ce problème. Cela n'empêche en rien que des intervenantes, provenant d'établissements publics --CSS, CLSC, hôpitaux, etc.-- et détenant une formation pertinente pour travailler avec des femmes violentées, cherchent, elles aussi, à développer une approche féministe et globale pour aider les femmes violentées.

Pour beaucoup de femmes et de groupes de femmes, l'accessibilité réelle à des services sociaux publics, à la grandeur du territoire québécois, demeure une priorité et un objectif à atteindre. Il faut donc travailler à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau étatique pour que des services aux femmes violentées soient disponibles. Plutôt que de se situer en compétition les unes par rapport aux autres, les intervenantes rompues à l'intervention féministe --cf. CORBEIl et al., 1983)--, où qu'elles soient, auraient avantage à se concerter dans un contexte où les femmes victimes de violence ne sont pas une priorité. Le travail des organismes non gouvernementaux (ONG) de type communautaire qui assument des services auprès des femmes doit être reconnu et soutenu politiquement et financièrement par l'Etat. Cela ne doit cependant pas devenir un prétexte qu'utiliseraient les établissements du réseau et l'Etat pour se désengager de leurs responsabilités face aux problèmes vécus par les femmes . En ce sens, nous entrevoyons **la nécessité de favoriser le développement de perspectives d'intervention féministe à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau étatique**. D'ailleurs, à ce sujet, il est utile de rappeler que parmi les intervenantes qui ont apporté une riche et tenace contribution dans le développement de programmes d'intervention auprès des femmes en difficulté marqués par la problématique de l'intervention féministe au cours des dix dernières années, quelques unes appartenaient à des établissements du réseau et faisaient la navette entre les établissements publics et les ONG communautaires comme les Centres et les Maisons. Nous sommes donc en faveur ici de la recherche d'une jonction constructive entre les ressources et les activités issues du réseau et de l'extérieur du réseau. Nous avons des réticences par rapport à l'idée même de conférer une sorte de monopole de l'intervention auprès des femmes en difficulté, soit au secteur public, soit au

secteur privé de type communautaire. Nous croyons donc que des collaborations et des jonctions public/privé demeurent possibles et souhaitables. Cela exige cependant que, de part et d'autre, on agisse dans le respect des orientations et approches de l'autre partenaire. . Ainsi, les femmes pourraient y gagner considérablement, puisqu'un des objectifs des intervenantes féministes est de voir les services sociaux considérés comme **un droit** pour toutes les femmes qui en ont besoin.

Le 25 mars 1987, des intervenants-es de Pro-Gam, un organisme travaillant avec les hommes violents à Montréal dénonçaient la lenteur du gouvernement libéral à fournir aux Maisons d'hébergement, aux policiers et aux avocats les ressources nécessaires à la mise en oeuvre de la politique annoncée le 17 mars 1986 par M. Herbert Marx:

> Aujourd'hui, un an plus tard, nous constatons que monsieur Marx ne faisait que parler. Il parlait de la nécessité de la concertation pendant la conférence de presse alors que Mme Lavoie-Roux, ministre de la santé et des services sociaux, brillait par son absence. (ROY, 1987)

Nous l'avons démontré dans ce chapitre, l'intervention aurpès des femmes en difficulté et violentées est marginalisée par rapport aux autres priorités du réseau étatique. Elle ne doit pas le demeurer. Les femmes, comme n'importe quel autre groupe discriminé, vivant des conditions pénibles d'existence, ont droit à des services sociaux accessibles géographiquement, donnés avec un souci d'humanisation et de respect de leur démarche d'autonomie.

Il nous faut donc encourager ces intervenantes du secteur public qui, jour après jour, tentent d'obtenir que leur établissement se préoccupe des femmes en difficulté et de leurs besoins. En fin de compte, la question n'est pas de savoir qui sont les bonnes et les moins bonnes intervenantes

féministes. Il faut reconnaître cependant, qu'il y a une différence de nature entre l'intervention effectuée dans un organisme communautaire et celle qui se fait dans un CSS ou un CLSC. Il s'agit d'une différence institutionnelle qui, à la limite, n'a rien à voir avec la compétence des intervenantes. La Maison d'hébergement, tout comme d'autres ressources issues du milieu, a sa dynamique propre; elle est gérée par des femmes qui y travaillent et par d'ex-bénéficiaires; elle est un lieu de recherche pratique sur les besoins des femmes et d'expérimentation de nouvelles approches. Elle fait partie d'un réseau d'entraide communautaire, elle est un lieu d'appartenance pour les femmes. Ce sont ces caractéristiques qui font l'originalité des Maisons et des autres ressources alternatives qui font partie du mouvement des femmes. Notre société a le devoir de les préserver en donnant aux groupes concernés les moyens de vivre sans craindre constamment la fermeture, faute de moyens suffisants.

4) Par ailleurs, l'autonomie des organismes privés à but non lucratif, gérés par des femmes, est un principe fondamental car il est le meilleur garant d'une saine créativité et du maintien de leur orientation féministe. De plus, la dynamique propre à ces organismes --i.e. la gestion collective, les liens étroits avec le milieu, l'expérimentation de nouvelles pratiques d'intervention sociale--est plus susceptible d'être conservée si les ONG conservent une autonomie suffisante au niveau de leur fonctionnement. Les deux composantes impliquées --l'Etat et les ONG-- doivent prendre position en conséquence.

Certains rapports annuels du MAS au tournant des années 1970 et 1980, donnent à penser que le ministère, en retour de sa disponibilité à soutenir financièrement les ONG offrant des services aux femmes, demeure fortement porté à vouloir orienter et encadrer d'en-haut les activités des

ONG communautaires. En 1980-1981, par exemple, le MAS a effectué des rencontres individuelles et collectives, dans le but "de diversifier les modes de distribution des services susceptibles d'assurer le prolongement des services de santé et des services sociaux." (MAS, 1981: 71). L'Etat est en droit de demander des comptes aux organismes sur leur gestion des fonds publics. Mais cela ne doit pas conduire le ministère à chercher à imposer à des organismes, mis sur pied grâce aux efforts communautaires, des objectifs et des modes de fonctionnement qui ne sont pas les leurs.

D'autre part, les organismes ont tout intérêt à diversifier leurs sources de financement pour ne pas dépendre exclusivement du MSSS (cf. entrevue avec C. Lazure). Nous ajoutons cependant que le Ministère doit leur assurer un financement de base qui permet aux intervenantes d'être payées convenablement pendant toute l'année. Les sacrifices que l'on demande à ces militantes sont indéfendables alors que notre société se dit prête à reconnaître l'égalité des femmes en emploi.

En terminant, précisons une dernière chose: l'Etat, à nos yeux, demeure responsable d'assurer à ses citoyens-nes des services sociaux accessibles et de qualité. Mais les groupes de femmes ne lui demandent pas de les assumer tous, dans son réseau d'établissements. Ces groupes sont désireux de poursuivre leur travail de manière autonome .Mais ils exigent de sortir de la précarité et de la lutte pour la survie. C'est là que pourrait s'exprimer un engagement ferme de l'Etat face à la condition féminine.

BIBLIOGRAPHIE

BEAUDRY, Micheline (1981), "Les maisons de femmes battues, du groupe autonome à la prise en charge par l'Etat", in Revue internationale d'action communautaire, Vol 6, No 46 (automne 1981), pp. 151-159.

BEAUDRY, Micheline (1984), Les maisons de femmes battues au Québec, Editions Saint-Martin, Groupe d'analyse des politiques sociales, Montréal, 110 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1978), Pour les Québécoises: égalité et indépendance, Editeur officiel, Québec, 1978.

CORBEIL, Christine, PAQUET-DEEHY, Ann, LAZURE, Carole, LEGAULT, Gisèle (1983), L'intervention féministe, l'alternative des femmes au sexisme en thérapie, Editions Albert Saint-Martin, Montréal, 188 p.

D'AMOURS, Martine (1987), "Le nouveau visage du mouvement des femmes", in Vie ouvrière, mars 1987, pp. 10-11.

FRECHETTE, DANIELE ET PRUD'HOMME, Diane (1987), "Battre sa femme est un acte criminel grave", in Revue Notre-Dame, No 1 (?????), pp. 16-27.

GAGNON, Martha (1986), "Battre sa femme est désormais un crime grave", in La Presse, le 11 novembre 1986.

GROULX, Lionel (1985), "Discours féministe en service social, analyse et interprétation" , in Revue canadienne de service social, 1985, pp. 123-137.

LACOMBE, Madeleine 1986), "L'aide aux femmes victimes", in Le Devoir, le 18 septembre 1986.

LAMOUREUX, Danielle (1984), Les centres de femmes au Québec, Document présenté au Congrès de fondation du Regroupement des centres de femmes, juin 1984.

LAROUCHE, Ginette (1985), Guide d'intervention auprès des femmes violentées, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, Montréal.

MAS (1979), Rapport annuel 1978-79, Gouvernement du Québec, Québec.

MAS (1980), Rapport annuel 1979-80, Gouvernement du Québec, Québec

MAS (1981), Rapport annuel 1980-81, Gouvernement du Québec, Québec

MAS (1982), Rapport annuel 1981-82, Gouvernement du Québec, Québec

MAS (1983), Rapport annuel 1982-83, Gouvernement du Québec, Québec

MAS (1984), Rapport annuel 1983-84, Gouvernement du Québec, Québec

MAS (1985a), Une politique d'aide aux femmes violentées, Gouvernement du Québec, Québec, 59 p.

MAS (1985b), Le système de santé et de services sociaux au Québec. Annexe statistique, Gouvernement du Québec, MAS, Direction des communications, 102 p.

MSSS (1986), Cadre de référence pour le développement d'un guide d'action en matière de condition féminine, MSSS, Service de la condition féminine, Québec, 88 p.

MSSS (1987), Liste des organismes communautaires subventionnés en 1986-87., MSSS, Service de soutien aux organismes communautaires, Québec, No 4, février 1987, 32 p.

PAQUET-DEEHY, Ann, RINGRET-RAYNOR, Maryse et LAROUCHE, Ginette (1985), "Evolution actuelle au plan de la recherche, de l'intervention et de la formation", in Revue canadienne de service social, pp. 315-330

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HEBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE (1986a), Mémoire présenté à la commission Rochon, Montréal, mars 1986.

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HEBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE (1986b), Mémoire présenté à la commission Rochon, Montréal, juin 1986.

ROWAN, Renée (1986), "Le CSF prie Québec de financer adéquatement les 'groupes de service' pour les femmes", in Le Devoir, le 25 septembre 1986, p. 4.

PARENT, Rollande (1986), "Mme Gagnon-Tremblay veut aider les centres pour femmes violentées", in La Presse, le 11 novembre 1986.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC (1986a), Mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, mars 1986.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC (1986b), Mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, juin 1986.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC (1986), Les centres de femmes parlent argent, l'état de leur financement, Montréal, novembre 1986.

ROY, Claude et al. (1987), "La violence conjugale", in La Presse, le 25 mars 1987, p. B3.

Chapitre 8
Un point de comparaison: le cas de l'Ontario

Introduction

En Ontario, les services sociaux d'aujourd'hui, comme ceux d'hier, sont incroyablement privés. Ils sont certainement plus privés que ceux qu'on retrouve au Québec et parmi les plus privés qu'on puisse trouver au Canada. Il n'est pas sûr cependant que des processus de privatisation soient en cours. Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, pour avoir de la privatisation, il faut avoir déjà eu dans le passé de l'étatisation des services sociaux et, en quelque sorte, des services sociaux publics qui pourraient devenir moins publics et davantage privés. Dans un tel contexte, **il y a des changements en cours dans l'organisation des services sociaux ontariens, mais il se pourrait bien que ces changements prennent la forme d'une commercialisation plus grande des services sociaux privés plutôt que d'une privatisation de services sociaux qui, antérieurement, auraient été davantage publics.** Autrement dit, les mutations en cours dans les services sociaux

s'apparentent davantage à des transferts d'une forme de privé à une autre qu'à un passage du public au privé. [1]

Toutefois, une chose est certaine: **au cours des cinq dernières années, en Ontario, la privatisation des services sociaux a été un objet de débat public et un objet de recherche**. Cela entraine une différence considérable avec le contexte québécois. En effet, les personnes qui s'intéressent au phénomène de la privatisation des services sociaux en Ontario, se sont pas obligées de faire du travail de pionniers et peuvent s'appuyer sur du travail de déblayage entrepris par d'autres. En effet, plusieurs chercheurs-es et organismes intéressés à la recherche et a la réflexion sur l'organisation des services sociaux se sont exprimés sur la question au cours des dernières années. Dans plusieurs universités et organismes d'intervention sociale, la privatisation des services sociaux represente un point de préoccupation.

A l'occasion des divers séjours que nous avons faits en Ontario au cours de l'automne 1986 et de l'hiver 1987, nous avons eu l'occasion d'échanger avec quelques dizaines de personnes qui, d'une manière ou de l'autre, s'intéressaient vivement au phénomène de la privatisation. Toutes ces personnes nous ont beaucoup aidés-es à retracer la documentation, les événements, les organismes et les personnes ressources pertinents pour nous

---

[1] Dans une communication d'une exceptionnelle qualité présentée à l'Université de Calgary, en mai 1985, Lorna HURL et Christa FREILER avaient d'emblée reconnu la difficulté qu'il y avait à parler de privatisation ou de reprivatisation en Ontario: "En Ontario, cependant, le terme de 'reprivatisation' est mêlant puisque, à la différence de presque toutes les autres provinces, l'Ontario n'a jamais développé un système extensif de services distribués de façon publique et s'est toujours servi considérablement du secteur non gouvernemental pour la livraison des services." (1985: 1.) La traduction est de nous .

permettre de comprendre l'évolution actuelle des pratiques sociales et des débats.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de ce rapport, nous nous intéressons au cas de l'Ontario d'abord pour avoir un point de comparaison susceptible de nous aider à mieux cerner la spécificité québecoise. Dans le prolongement de la tradition des études comparatives amorcée par Harry Cassidy dans les années 1940,[2] nous avons la conviction que la compréhension du contour particulier des politiques sociales et des services sociaux à une province passe par la comparaison avec d'autres provinces et, éventuellement, d'autres pays. Mais ceci étant dit, dans la démarche de recherche dont nous rendons compte dans ce rapport, nous n'avons nullement eu la prétention de faire des recherches sur la privatisation des services sociaux en Ontario. Nous laissons cela à des chercheurs-res ontariens-nes qui s'en occupent d'ailleurs fort bien. Notre visée était plus modeste et opérationnalisable. C'était de faire la synthèse des recherches menées sur la privatisation en Ontario soit récemment, soit présentement, afin de tenir compte de ces recherches dans nos propres recherches sur le Québec. Nous voulions entrer en contact avec des chercheurs-es et des organismes pertinents en Ontario afin de profiter de leurs travaux théoriques et empiriques sur le thème de la privatisation. Nous voulions, en étant exposés-es à leurs constats et à leurs réflexions, être stimulés-es à mieux enquêter et réfléchir sur notre propre réalité. Et nous n'avons nullement été déçus-es.

---

[2] Harry CASSIDY (1945) fut, avec Leonard Marsh, un pionnier dans la recherche dans le domaine des politiques sociales au Canada. Il était doté d'une solide formation en économie sociale et était doyen de la Faculty of Social Work à l'Université de Toronto.

1. Le débat actuel sur la privatisation et la commercialisation.

Lorsque nous passons du Québec en Ontario, avec des préoccupations de recherche sur le thème de la privatisation des services sociaux, comme nous avons eu l'occasion de le faire à l'automne 1986, nous sommes d'abord frappés par un constat: depuis quelques années, il y a plusieurs personnes et organismes qui se préoccupent hautement de la question de la privatisation des services publics en général et des services sociaux en particulier.

Il y a un organisme social doté d'une grande crédibilité dans plusieurs milieux qui, parmi d'autres, a contribué de façon particulière, il y a quelques années, à ce que la question de la privatisation devienne davantage un objet de préoccupation dans l'opinion publique: il s'agit du **Social Planning Council of Metropolitan Toronto (SPCMT)** qui s'apparente a une large et pluraliste fédération comprenant plusieurs organismes sociaux de toutes sortes, soit des organismes communautaires, bénévoles, universitaires impliqués dans l'action sociale et le développement social.

Or, à l'automne 1983, le SPCMT a décidé de mettre sur pied un Comite de travail sur la privatisation composé d'une douzaine de membres provenant d'autant d'organismes membres.[3] Ce comité de travail, pendant une dizaine de mois, tint des réunions aux trois semaines et mena une enquête, en utilisant une définition large du concept de privatisation --telle celle que nous avons adopté dans notre chapitre 1-- et en mettant l'accent sur les pratiques de privatisation de type commercial. En octobre 1984, suite a un important travail de cueillette de données, de réflexion et de discussion,

---

[3] Parmi les groupes représentés dans le comité de travail sur la privatisation du Social Planning Council du Toronto Métropolitain, on retrouvait la Croix-Rouge canadienne, le Central Toronto Youth Services, le Ontario Pensioners Concerned.

le Comité parvint à dégager un certain nombre de consensus fondamentaux et à s'entendre sur une version finale du document: **CARING FOR PROFIT. The Commercialization of Human Services in Ontario** (cf. SPCMT, 1984).

Ce document avait deux mérites parmi d'autres. D'une part, il apportait une **contribution majeure au niveau de la terminologie** dans le domaine de la privatisation et cela en introduisant, en particulier, cette définition large de la privatisation qui faisait de la place autant à la privatisation de type commercial qu'à celle de type communautaire.[4] D'autre part, il fournissait une **première étude empirique globale sur la commercialisation des services en cours en Ontario** et cela dans trois secteurs en particulier, soit dans les services sociaux, dans les services sanitaires et dans les services correctionnels. Cette double contribution devait constituer pour une foule d'individus et de groupes une sorte de référant à la fois théorique, empirique et politique à partir duquel d'autres démarches de recherche et de réflexion pourraient, par la suite, être développées.

Comme nous le confièrent différentes personnes en entrevue, dont Christa Freiler et Lorna Hurl qui travaillèrent à la rédaction du document et John Gandy qui présidait le Comité sur le projet privatisation, le document

---

[4] Les professeurs Eileen McEnryre et Ernie Lightman, de la Faculty of Social Work de l'Université de Toronto, dans les entrevues qu'ils nous ont accordées, ont tous les deux insisté sur la contribution très grande du document du Social Planning Council, au niveau de la clarification et du resserrement de la terminologie qui était demeurée passablement élastique et ambiguë, jusque là, en contexte ontarien.

du SPCMT eut un impact plus considérable que celui qui avait été escompté.[5] Lors d'un **forum public** sur le sujet qui eut lieu le 5 décembre 1984, plus de 200 personnes se présentèrent pour débattre du sujet alors que les organisateurs en attendaient 75. Les trois partis politiques provinciaux avaient été invités à envoyer un représentant pour dégager la position de leur parti sur la question de la commercialisation. Le Parti Conservateur, encore au pouvoir à l'époque, envoya personne. Le NPD délégua son chef, Bob Rae. Quant au Parti Libéral, il fut représenté à ce forum par John Sweeney, c'est-à-dire celui-là même qui allait devenir, quelques mois plus tard, suite aux élections printannières de 1985, le Ministre des services communautaires et sociaux. Ce choix ne devait pas être sans incidence sur le reste de l'histoire, telle que nous l'a racontée en entrevue, Madame Christa Freiler du SPCMT. En effet, en cette soirée publique de décembre 1985, Monsieur Sweeney manifesta beaucoup de sympathies à l'endroit de l'analyse et des recommendations de **Caring for Profit**. Cinq mois plus tard, lorsque les libéraux seraient au pouvoir, certaines personnes n'allaient pas manquer de lui rappeler ces prises de position et de l'inviter a être consequent avec ces dernières. (Entrevue avec C. Freiler).

Par la suite, le débat commença à prendre de l'importance dans les medias et dans les délibérations d'un nombre croissant de groupes. Plusieurs institutions et organismes sociaux s'emparèrent des questions soulevées par le document du SPCMT et amorcèrent leur propre démarche d'enquête et de réflexion sur le sujet. Parmi ces organismes, on retrouvait la ***John Howard***

---

[5] Le document ne tarda pas à être en demande dans divers milieux. Dès le lendemain de la parution de **Caring for Profit,** l'Association ontarienne des Nursing Homes en acheta, à elle seule, une trentaine de copies! (Entrevue avec C. Freiler).

Society de la province de l'Ontario[6], l'***Ontario Coalition for Day Care***, ***Concerned Friends for the Elderly***, le ***United Way*** de Toronto, la Fédération ontarienne du travail, le Syndicat canadien de la fonction publique, etc. Evidemment, les groupes qui se sentaient menacés par les conclusions du document du SPCMT, notamment l'***Ontario Nursing Home Association*** et ***Extendicare***, ne tardèrent pas à s'impliquer à leur tour dans le débat public pour faire connaître un autre point de vue (Cf. ONTARIO NURSING HOME JOURNAL, 1986).

Sur la scène plus politique, les partis politiques se sentirent rapidement interpellés par la question. Le NPD ontarien n'éprouva pas de difficulté à reprendre à son compte plusieurs des questions soulevées par **CARING FOR PROFIT** . Pendant la campagne électorale du printemps 1985, le NPD passa à l'offensive en conférant beaucoup d'importance au dossier des "Nursing Homes" qui symbolisait les dangers liés à la commercialisation des services.

En mai 1985, le Parti Conservateur perdit le pouvoir et, suite à de longues et laborieuses tractations, on assista au développement d'une coalition entre le Parti Libéral dirigé par Peterson et le NPD dirigé par Bob Rae. Cette coalition qui devait permettre aux libéraux de prendre le pouvoir etait basée sur un document appelé l' **Accord** entre le Parti Libéral et le

---

6 Le débat sur la privatisation, selon Madame Christa Freiler, généra des tensions assez fortes au sein de la John Howard Society de l'Ontario. D'une part, la branche torontoise de cet organisme volontaire avait accepté un important contrat avec le gouvernement fédéral et ce geste avait été critiqué par plusieurs organismes et par des membres de la John Howard Society. D'autre part, au terme de la démarche de réflexion entreprise par l'association provinciale, une prise de position fort critique émergea en référence avec la privatisation et cette prise de position se trouvait en contradiction avec la pratique de la JHS du Toronto Metropolitain. (cf. ONTARIO JHS, 1986 et l'entrevue avec C. Freiler).

NPD. Dans cet accord qui constituait une sorte de programme de gouvernement, le parti libéral avait été obligé de faire plusieurs concessions aux demandes de réformes sociales véhiculées par le NPD. C'est ainsi que, sur la question qui nous intéresse, l'accord comprenait un engagement a mettre sur pied un "**Select Committee**" pour étudier la question de la privatisation et, plus spécifiquement, de la commercialisation des services de santé et des services sociaux en Ontario.

Le comité parlementaire spécial pour etudier la commercialisation fut créé en juillet 1986.[7] Ce comité était composé de dix députes appartenant aux trois partis politiques (cinq libéraux, quatre conservateurs et un NPD). En dépit de son nom apparemment réducteur, "**Select Committee on Health**", le comité avait un **mandat** qui l'incitait à enquêter sur les services sociaux tout autant que sur les services de santé: "examiner le rôle du secteur commercial, ou à but lucratif, des services de santé et des services sociaux et faire des recommandations concernant le rôle que le secteur prive a but lucratif pourrait jouer dans la livraison des services humains en Ontario".[8] Le comité disposait d'une année pour effectuer son travail et produire son rapport final, mais il devait, six mois après sa création, présenter un rapport d'étape à l'assemblée. Ajoutons que le mandat prévoyait également que le comité, pour effectuer son enquête, devait à la fois s'appuyer sur des recherches et sur des audiences publiques.

---

[7] Voir Duncan McMONAGLE, "Health care for profits to be probed", in Globe and Mail, July 17, 1986 et Denise HARRINGTON, "MPPs to stydy private sector's health care role in the province", in Toronto Star, Luly 17, 1986.

[8] Nous citons ici le libellé officiel du mandat --"terms of reference"-- confié au comité par l'assemblée législative de l'Ontario. Mais nous ne disposons pas de la référence exacte de ce libellé qui nous a été transmis aimablement par Mme Christa Freiler du Social Planning Council de Toronto.

La création du comité parlementaire souleva beaucoup d'espoir. A l'automne 1986, plusieurs organismes gravitant autour du SPCMT s'affairaient à la préparation de leur mémoire en vue des audiences publiques. Mais à la fin de l'année 1986, avec les rumeurs d'élections au printemps 1987, le travail du comité piétinait quelque peu: ni le rapport d'étape, ni les audiences publiques ne semblaient pointer à l'horizon. Le travail de recherche suivait son cours, mais le comité avait une faible visibilité dans l'opinion publique. Le gouvernement libéral ne semblait pas avoir la volonté politique de conférer une grande importance au débat sur la question un peu comme si la mise sur pied du comité avait été principalement une concession faite aux pressions du NPD. Au début de l'année 1987, il est difficile de prédire ce qu'il adviendra des travaux du comité spécial. Mais, dans l'intervalle, ce dernier, de par sa simple existence, avait néanmoins contribué, dans la foulée d'autres événements, à interpeller la population et divers groupes à prendre position sur le rôle du secteur privé de type commercial dans la distribution des services.

2. L'organisation des services sociaux ontariens jusqu'en 1970

Aussi bien le mentionner dès maintenant, la différenciation de l'organisation des services sociaux ontariens comparativement à celle des services sociaux québécois s'est faite principalement à partir des années 1970, lorsque le Québec se mit à miser audacieusement sur le secteur public tandis que l'Ontario continua a miser principalement sur le secteur privé.

Pour être en mesure de bien saisir le contour et la portée de la stratégie retenue par le gouvernement de l'Ontario pendant les années 1970, dans le domaine des services sociaux, il est indispensable de rappeler à grands traits quelques caractéristiques de l'héritage historique ontarien au

chapitre de l'organisation des services sociaux . Nous le ferons en mettant l'accent sur deux branches fort importantes de services, soit ceux concernant l'enfance et la jeunesse et ceux concernant les personnes âgées.

2.1. L'évolution historique des services à l'enfance et à la jeunesse

L'histoire des services sociaux à l'enfance et a la jeunesse, en Ontario, se ramène, pour une bonne part, à l'histoire des **Children's Aid Societies** (CAS) qui, depuis le tournant du siècle dernier, ont constitué et constituent encore aujourd'hui ce que Lorna HURL (1984: 397) appelle "l'épine dorsale ... du système de services aux jeunes".[9] Le premier CAS fut crée à Toronto, en 1891, grâce à la contribution de J. J. KELSO, cet infatiguable réformateur social qui marqua pendant quarante ans le développement des services sociaux concernant l'enfance et la jeunesse en Ontario. L'apparition du CAS de Toronto appela l'adoption, dès 1893, d'une législation destinée à encadrer l'action et le developpement ultérieur de ce type d'organisme: **la Loi pour la prévention de la cruauté à l'endroit des enfants et pour l'amélioration de leur protection**. En vertu de cette loi, une CAS était définie comme "toute société approuvée par le Lieutenant-gouverneur-en-conseil qui a comme objectifs d'une part la protection des enfants contre la cruauté et, d'autre part, le soin et le contrôle des enfants négligés." (WILLIAMS, 1984: 25). Suite à l'adoption de cette loi, J.J. Kelso fut nommé Surintendant provincial des enfants négligés et dépendants et des CAS apparurent dans plusieurs villes et municipalités de la province. Dans les années 1930, il y avait déjà un réseau provincial de 55 CAS qui, en tant que

[9] La traduction de l'anglais au français de ce texte de même que celle des autres citations provenant de sources anglaises dans ce chapitre est de nous.

sociétés privées à but non lucratif étaient incorporées en vertu du **Charity Aid Act de 1874**. Pendant les premières decennies du 20e siècle, les CAS étaient financées principalement par les municipalités et par les dons et très peu par le gouvernement provincial. Les enfants en difficulte étaient souvent placés soit dans les institutions, soit dans les familles d'accueil.(WILLIAMS, 1984: 25-28 et MCSS, 1983: 5).

Au cours des années 1940, 1950 et 1960, le nombre des CAS se stabilisa à une cinquantaine. La législation concernant la protection de la jeunesse continua d'évoluer: en 1954, trois anciennes pièces de législation sont incorporées dans une nouvelle loi appelée **Child Welfare Act** qui sera amendée à nouveau de façon significative en 1965. Au fil de ces années, la participation financière de la province de l'Etat provincial devint de plus en plus grande à mesure que les municipalités se plaignaient de plus en plus de leur fardeau qui était de 75% des coûts des services locaux dispenses par les CAS avant 1950. C'est ainsi que la contribution de la province dans le financement des CAS augmenta graduellement. Cette contribution representait 25% des coûts totaux en 1954, 40% en 1957 et 60% en 1965. En 1970, la contribution financière de l'Etat provincial était de 80%, celle des municipalités de 15% et celle de la charité privée de 5%. (cf. WILLIAMS, 1984: 91-97 et MCSS, 1983: 6-9.).

Au cours des années 1950-1970, le travail social effectué en provenance des CAS était devenu davantage professionnel et coûteux. Les enfants placés en dehors de leur milieu naturel par les CAS pouvaient se retrouver dans trois sortes d'endroits:

- Soit dans les **familles d'accueil**.

- soit dans les **centres d'accueil de réadaptation**; en 1950, 5.300 enfants étaient placés dans 47 établissements de ce type , dont 44 étaient

des institutions privées à but non lucratif incorporées en vertu de la **Loi des institutions charitables** (Charitable Institution Act) ; au cours des années 1950, le nombre de jeunes placés dans ces institutions diminua de 50% et passa à 2,635; dans les années 1960, le nombre des jeunes bénéficiaires en institution remonta légèrement pour se retrouver à 2,883 en 1970; dans l'intervalle, la contribution du gouvernement provincial au financement des centres d'accueil de réadaptation représentait 80% des budgets de ces établissements privés.

-Soit dans les **résidences ou foyers** ("boarding homes") qui prolifererent suite à l'adoption d'une nouvelle législation en 1957: le **Children's Boarding Homes Act** . Les résidences représentaient une formule intermédiaire entre la famille d'accueil et l'institution traditionnelle.Elles devaient se développer rapidement au cours des années 1960 et 1970. En 1980, 2012 enfants étaient placés dans 269 résidences, ce qui représentait une moyenne de 7 enfants par résidence. Les résidences étaient des établissements privés à but lucratif ou non lucratif. Les CAS se trouvaient à acheter les services de ces résidences en payant un per diem pour chaque enfant placé. En réalité, le per diem payé par le CAS aux propriétaires ou responsables de ces résidences était une contribution financière du gouvernement provincial. Cette contribution représentait 75% des sommes qui entraient dans les résidences pour enfants mesadaptés ou handicapés mentaux à la fin des années 1960. (WILLIAMS, 1984: 94 et MCSS, 1983: 17-23.)

En somme, au tournant des années 1960 et 1970, **les CAS se trouvaient encore des établissements privés à but non lucratif, mais leur financement provenait principalement, soit à 80 % de l'Etat provincial**. Ceci faisait que, dans divers milieux, les CAS devenaient

de plus en plus perçus comme des **institutions quasi-gouvernementales**.[10] Cette perception valait aussi pour les centres d'accueil de réadaptation pour jeunes.

2.2. L'évolution historique des services d'hébergement pour personnes âgées

Pendant la période qui nous intéresse, soit celle qui s'intercale entre la fin du XIXe siècle et 1970, l'histoire des services d'hébergement pour personnes âgées, en Ontario, était principalement marquée par le développement d'un **réseau d'institutions à but non lucratif** qui devaient perdurer jusqu'à l'époque contemporaine sous le nom de"**Foyers pour les personnes âgées**" --"Homes for the Aged"--. Ces foyers s'apparentaient à des centres d'accueil d'hébergement avant la lettre. Ils se subdivisaient en deux catégories.

-D'une part il y avait les "foyers charitables" qui étaient des institutions à caractère privé.

-D'autre part il y avait les "foyers municipaux", qui étaient des institutions à caractère public.

Pour saisir le sens de ces appellations qui, elles aussi, devaient laisser des traces jusque dans la période contemporaine, il est nécessaire de revenir quelque peu en arrière.

---

[10] Au fil des années, les CAS devinrent si dépendants financièrement et politiquement de l'Etat provincial que plusieurs acteurs et analystes contemporaiens des services sociaux ontariens les considèrent, à toute fin pratique, comme des institutions publiques.(Cf. entrevues avec J. Watters et F. Sicoly). D'autres analystes cependant, tout en reconnaissant l'accroissement de l'encadrement étatique des CAS au cours des années 1970 et 1980, ne continuent pas moins de les entrevoir comme des établissements privés.(Cf. entrevue avec L. Hurl)

A la fin du XIXe siècle, les foyers ou refuges pour personnes âgées qui existaient étaient habituellement gérés par des corporations charitables et incorporées en vertu de la **Loi de l'aide charitable** de 1874 --"Charity Aid Act"--. Ces **foyers charitables** étaient financés par la charité privée et par les subventions des villes.

Mais, à partir du début du XXe siècle, suite à l'adoption d'une nouvelle législation apppelée la **Loi des foyers municipaux de refuge** --Municipal Houses of Refuge Act--, on assiste à l'apparition des premiers **foyers municipaux** qui représentaient l'embryon d'un système de centres d'accueil publics. La nouvelle loi, adoptée en 1903, obligeait chaque comté de la province à avoir son propre "foyer de refuge" pour personnes âgées avant le 1er janvier 1906. Ces foyers s'appelaient municipaux dans la mesure où ils devaient être gérés et financés par les municipalités.

En 1930, il y avait, dans l'ensemble de la province, 74 foyers pour personnes âgées qui accueillaient un total de 5272 bénéficiaires. Parmi ces foyers, il y avait 40 foyers charitables et 34 foyers municipaux. Ajoutons que le gouvernement provincial à l'époque avait commencé à s'impliquer dans le financement des foyers charitables en assumant 30% de leurs dépenses. (WILLIAMS, 1984: 55-57.)

Au cours des quatre décennies ultérieures, en cette époque ou le réseau des" Nursing Homes" financés par les fonds publics n'existait pas encore, [11] le réseau des foyers pour personnes âgées avec ses deux branches

---

[11] Avant 1972, il y avait des **Nursing Homes** mais ces établissements à but lucratif s'autofinançaient avec les contributions des bénéficiaires qui avaient la capacité de payer soit parce qu'ils disposaient d'épargnes, soit parce qu'ils étaient couverts par le nouveau régime général d'assistance introduit depuis 1958 en Ontario. C'est ainsi que jusqu'en 1970, plus de 5 000 personnes sur l'assistance sociale se retrouvaient dans les 365 Nursing Homes. (WILLIAMS, 1984: 66.)

--charitables et municipales-- se développa et se modernisa. A la fin des années 1940, une législation plus spécifique fut adoptée. Nous faisons référence ici au **Home for the Aged Act** qui fut introduit une première fois en 1947 et amendé en 1949. Avec cette nouvelle législation, il devenait obligatoire pour les cités et les villes d'avoir leur foyer municipal et les foyers devenaient davantage spécialisés dans l'hébergement des personnes âgées.[12] La loi de 1949, en particulier, conféra une nouvelle impulsion à la croissance des foyers publics de type municipal: de 1947 à 1970, le nombre des foyers municipaux augmenta de 31 à 83 et le nombre de places de 2 500 à 17 000. (WILLIAMS, 1984: 59-62).

Quant aux **foyers charitables**, ils devaient connaître également une croissance, mais cette dernière fut moins accélérée que celle des foyers municipaux. En 1950, les institutions charitables de ce type étaient au nombre de 36 et elles accueillaient 3 000 bénéficiaires. En 1970, elles étaient 83 et elles avaient 6,700 places. En 1975, elles seront 90 et auront 8000 places. (WILLIAMS, 1984: 62-64)

Au niveau du financement des deux types de foyers pour personnes âgées, il faut introduire ici une remarque : la clientèle des institutions publiques de type municipal était plus pauvre que celle des institutions charitables ; en conséquence, l'Etat provincial devait soutenir financièrement les premières plus substantiellement que les secondes; au tournant des années 1950 et 1960, d'après WILLIAMS, "dans la plupart des institutions charitables, environ 70% des revenus provenaient des bénéficiaires, tandis

[12] Jusqu'à l'adoption de cette loi, les foyers accueillaient non seulement des personnes âgées mais également d'autre type de bénéficiaires en perte d'autonomie tels des personnes handicapées, etc.

que dans les foyers municipaux, pas plus de 50% des beneficiaires etaient capable de payer pleinement." (1984: 64).

Si nous réunissons certaines donnees presentées ci-dessus, nous pouvons saisir qu'**au début des années 1970, les foyers d'hébergement pour les personnes âgées, de type municipal autant que charitable, représentaient un ensemble de181 institutions à but non lucratif et un total de 24 000 places environ. (WILLIAMS, 1984: 65). Si nous tenons compte de la distinction entre le public et le privé, nous constatons qu'à cette époque, les foyers municipaux ou publics contrôlaient plus de 70% des places, ce qui laissait aux foyers charitables ou privés à but non lucratif moins de 30% des places.**

Mais si nous tenions compte des Nursing Homes de l'epoque dont la grande majorité étaient des etablissements prives a but lucratif, nous arriverions à une autre ventilation. En faisant l'hypothese[13] que les "Nursing Homes" représentaient 24 000 places en 1970 et en sachant que les foyers municipaux représentaient 15 000 places et que les foyers charitables representaient 7 000 places, nous arrivons à reconstituer les pourcentages suivants:

-Le secteur privé à but lucratif (Nursing Homes) : 52% des places.

-Le secteur privé à but non lucratif (Foyers Charitables): 15% des places.

-Le secteur public (Foyers municipaux): 33% des places.

---

[13] Sur le nombre de places d'hébergement en 1970 et 1975, les sources dont nous disposons nous fournissent des chiffres fragmentaires et, parfois, quelque peu contradictoires. C'est la raison pour laquelle nous avançons ici nos donnees avec une certaine prudence.

En additionnant les places détenues par les deux composantes du secteur privé, nous pouvons avancer que, toujours en 1970, dans le domaine des services d'hébergement pour les personnes âgées, le secteur public avait le tiers des places tandis que les deux composantes du secteur privé détenaient la balance, soit les deux tiers des places.

3. Au cours des années 1970, le gouvernement fait le choix d'une stratégie du faire faire par le privé.

Dans plusieurs provinces canadiennes, on a assisté, au cours des années 1970, à une importante réforme de l'organisation des services sociaux et, bien souvent, cette réforme signifia, entre autres, l'accroissement du rôle de l'Etat provincial dans la planification et la rationnalisation des services et une certaine valorisation des services sociaux publics. C'est ce qui s'est passé dans des provinces telles la Colombie Britannique (CLAGUE et al., 1984; CALLAHAN et MCNIVEN, 1987), le Nouveau-Brunswick (MULLALY et ST-AMAND, 1987). C'est ce qui entraîna, dans ces mêmes provinces, une phase d'étatisation des services sociaux au cours des années 1970.

Toutefois, dans d'autres provinces, les années 1970 ne furent pas synonyme de réforme et d'étatisation. **En Ontario, par exemple, et c'est le cas qui nous intéresse ici, le gouvernement provincial de l'époque fit le choix délibéré de continuer à s'appuyer sur le secteur privé, à but non lucratif tout autant qu'à but lucratif, pour aménager et faire la livraison de la majeure partie des services sociaux dans cette province**. Alors que dans d'autres provinces dont le Québec, le gouvernement favorisait un audacieux transfert de responsabilité du secteur privé vers le secteur public au niveau des services sociaux, en

Ontario, le gouvernement du Parti Conservateur au pouvoir depuis les années 1940 opta pour une stratégie fort différente qui misait sur le "faire faire". Cela allait signifier que les années 1970, en Ontario, devaient s'apparenter à une période marquée par la continuité plutôt que par la rupture avec les décennies antérieures. À la faveur de cette continuité, l'organisation des services sociaux allait continuer a s'appuyer principalement sur le secteur privé. Examinons cela de plus près en nous appuyant sur des études faites par des chercheurs-es ontariens-es sur cette période (SPCMT, 1984; HURL, 1984; HURL et FREILER, 1985; MISHRA, 1987).

Le gouvernement de l'Ontario semble avoir été le premier gouvernement provincial ou fédéral au Canada a se préoccuper sérieusement et vivement de l'ampleur des dépenses publiques notamment dans le domaine social, de la crise fiscale de l'Etat, du déficit et du fardeau de la dette. Il fut également le premier gouvernement à introduire des plans de rationalisation des dépenses publiques et de compression des dépenses sociales. C'est précisément à l'intérieur de ces plans de rationalisation et de compression que devaient s'insérer, dès le début des années 1970, la stratégie qui consistait a continuer de confier la livraison des services sociaux à des organismes non gouvernementaux plutôt que gouvernementaux.

Dès 1969, le gouvernement ontarien créa un important comité de travail appelé **Committee on Governement Productivity (COGP)**. Ce Comité était mandaté pour "enquêter sur tous les sujets concernant le gouvenement de l'Ontario et de faire toute recommandation qui, a son point de vue, pourrait améliorer l'efficacité et l'efficience du gouvernement de l'Ontario" (cité dans HURL, 1984: 404, note 3). Ce comite effectua son travail de 1969 à 1973 et, au fil de ces quatre années, il publia dix rapports. Il fit

plusieurs recommandations au gouvernement. La totalité de ces recommandations furent reçues sérieusement et la majorité furent mises en application.

Il est utile ici de citer longuement le professeur MISHRA (1987) de l'Université Mc Master qui a fort bien dégagé l'essentiel de la problématique des rapports du COGP, notamment du 3e rapport publié en 1971, en relation avec le thème de la privatisation des services sociaux:

> Les rapports avertissaient que les années 1970, en opposition au courant des années 1960, allaient permettre de voir une croissance lente des revenus gouvernementaux et une forte pression (alimentée par les engagements des programmes actuels et de nouvelles demandes) pour aller en direction de niveaux plus élevés de dépenses publiques. Il devenait alors impératif pour le gouvernement de diminuer les coûts autant que possible. Le Comité était d'abord préoccupé par l'amélioration de la structure et du fonctionnement du gouvernement à partir du point de vue d'accroissement de l'efficacité et de réduction des coûts. Il voyait la **privatisation** de la livraison des services comme un instrument potentiel pour réaliser ces objectifs. En partant d'une distinction entre l'élaboration des politiques et la livraison des services, le Comité argumentait que même si la première devait demeurer une fonction et une responsabilité directe du gouvernement, i.e. le ministère concerné, la seconde pouvait être déléguée. Il devait être possible "pour un ministère de faire des contrats avec des agences à l'intérieur et a l'extérieur du gouvernement pour leur confier des programmes de services à livrer." Le Comité signalait que le fait de passer des contrats de services avec le secteur privé n'avait rien de nouveau. [...] Si elle était pratiquée sur une haute échelle, la sous-traitance pourrait "entraîner une **reprivatisation** significative, c'est-à-dire la délégation d'un degré substantiel de responsabilité

> dans la livraison des services à des agences en dehors du gouvernement." Le Comité était en faveur d'une "**reprivatisation** sélective de la livraison des services" qui, croyait-on pourrait faire appel aux habilités et aux ressources de la communauté." [14]

Rappelons que les citations provenant du COGP dans le résumé de Mishra que nous venons de citer sont empruntées au troisième rapport du Comité qui fut publié aussi tôt que 1971. Nous avons remarqué au passage que le concept de "**reprivatisation**" revient à deux reprises dans les citations tirées du troisième rapport du COGP et que Mishra lui-même utilise le concept de "**privatisation**". Certes, le choix de l'un ou l'autre de ces deux concepts pose problème dans la mesure où l'organisation des services sociaux ontariens, tel que nous l'avons vu dans la section antérieure, était déjà fortement privée. Dans un tel contexte, la politique mise de l'avant par le COGP dès le début des années 1970 s'apparentait à une confirmation et à une intensification d'une politique antérieure basée sur le recours au secteur prive plus qu'à l'adoption d'une nouvelle politique. Mais en dépit de nos réticences concernant la pertinence théorique du choix d'utiliser ici les concepts de privatisation et de reprivatisation dans le contexte , nous trouvons politiquement significatif que le Comité de travail sur la productivité gouvernementale ait parlé à l'époque de privatiser ou de reprivatiser la livraison des services sociaux à l'intérieur d'une stratégie globale de rationnalisation et de réduction des dépenses gouvernementales. Nous avons remarqué aussi au passage comment la stratégie mise de l'avant par le Comité ouvrait la voie autant au secteur privé de type volontaire

[14] Les soulignés sont de nous. Les citations à l'intérieur du texte cité de Mishra sont toutes tirées de COMMITTEE ON GOVERNMENT PRODUCTIVITY (1971)

(comprenant les institutions à but non lucratif telles les **Children's Aid Societies** et les **Homes for the Aged**, les organismes benévoles et communautaires) qu'au secteur privé de type commercial.

Tel que nous l'avons mentionné plus haut, les recommandations du COGP, loin de demeurer sur les tablettes, eurent un impact considérable sur les politiques du gouvernement de l'Ontario. Les nouvelles orientations préconisées commencèrent à être mises de l'avant dès la première moitié des années 1970; mais, d'après certains auteurs dont MISHRA (1987), c'est à partir de l'année 1975 que la politique des compressions budgétaires fut mise en oeuvre de façon plus déterminée et audacieuse.[15] A l'intérieur de cette politique, s'inséraient de façon harmonieuse un certains nombre d'objectifs dérivés dont la désinstitutionnalisation (MISHRA, 1987) et la décentralisation (WILLIAMS, 1984: 127). Le Ministère de la santé et le Ministère des services communautaires et sociaux (MCSS) comptaient évidemment parmi ces ministères qui durent de façon graduelle s'approprier et opérationnaliser la politique de restriction des dépenses et le recours à la sous-traitance. Ces deux ministères s'employèrent de diverses manières, au cours des années 1970 et 1980 à privilégier le recours systématique au secteur privé. Ils le firent de façon différente cependant: le Ministère de la santé devait faire preuve d'un penchant plus considérable pour le secteur

---

[15] MISHRA (1987) confère beaucoup d'importance à un autre document (le **Henderson Report**) produit en 1975 par le Special Program Review Committee. Parmi les 184 recommendations de ce Rapport, plusieurs incitaient le gouvernement de l'Ontario à réduire les dépenses sociales et les postes dans la fonction publique. Parmi les moyens mis de l'avant par le Comité spécial pour favoriser la réduction des dépenses il y avait la proposition de transférer les dépenses vers un autre palier de gouvernement et celle d'impulser des pratiques de désinstitutionnalisation et des transferts de responsabilités vers des Organismes non gouvernementaux de type communautaire..

privé à but lucratif (v.g. les Nursing Homes) tandis que le MCSS devait privilégier davantage le secteur privé à but non lucratif (v.g. les Children's Aid Societies).

Au cours des années 1970 et même des années 1980, dans le sillage des orientations tracées par le Comité sur la productivité des depenses gouvernementales, le MCSS produisit une serie de documents de travail dans le but d'évaluer, de rationnaliser et de réorganiser les services assumes par des organismes de toutes sortes ayant des liens avec le ministere. [16] L'un de ces documents qui influença considérablement la pratique du MCSS fut le **Rapport Hansen** (MCSS, 1974) produit par un ***Task Force*** qui travailla de 1972 a 1974 avec le mandat d'évaluer l'organisation du ministere. (WILLIAMS, 1984: 128). Lorna HURL a résumé de la façon suivante les grandes lignes du Rapport Hansen:

> L'étude fut conduite par un ***Task Force*** sur les services communautaires et sociaux, un comité extra-gouvernemental qui remit ses conclusions et ses recommendations l'année suivante. Critique de la désorganisation du Ministère et de la qualité douteuse de plusieurs des services dont il était responsable, le Task Force accepta toutefois la philosophie de base concernant le rôle du gouvernement proposé par le CGOP et pratiquée par le Ministère jusque là, i.e. la continuation d'un rôle résiduel dans la livraison des services, l'accent sur le rôle du secteur non gouvernemental et le recours à la décentralisation et l'intégration

[16] Lorna HURL a fait une analyse poussée de ces divers documents lorsqu'ils avaient un lien avec les services sociaux à l'enfance et à la jeunesse (1984: 396-403.) Cette analyse fait ressortir que le MCSS, tout en réaffirmant constamment le principe de la primauté de la charité privée et du partenariat avec les organismes non gouvernementaux de distribution des services, s'est toujours préoccupé du problème de l'encadrement de ces organismes privés qu'il finançait.

> comme mécanismes pour corriger les déficiences du système. Le gouvernement devait assumer la responsabilité directe de la livraison des services seulement dans les cas où il était prouvé qu'il se trouvait incapable de réformer le système actuel. (1984: 398).

Dans la lignée de tradition et de la culture politique ontarienne, le secteur privé légitimé par le Rapport Hansen incluait le volet volontaire tout autant que le volet commercial. Il est même possible d'avancer, à la suite de plusieurs personnes interviewées (cf. entrevues avec G. Duda, E. McEntyre, C. Freiler), que dans un ministère comme le MCSS, il y a toujours eu une préférence pour le secteur volontaire, même si cette préférence n'a jamais été une option exclusive et encore moins une politique explicitement et officiellement mise de l'avant dans des documents officiels.[17]

Pour être à même de vérifier jusqu'à quel point la stratégie élaborée par le gouvernement de l'Ontario et ses ministères à vocation sociale pour réorganiser de façon rationnelle les services et, plus particulièrement, les services sociaux fut appliquée, il est nécessaire, à ce moment-ci de notre

---

[17] Dans l'entrevue qu'elle nous a accordée, Madame Christa Freiler nous a expliqué comment la préférence du MCSS pour le secteur privé à but non lucratif était conditionnée par les règles du Régime d'assistance publique du Canada qui défavorisent le secteur commercial. De plus, Madame Freiler nous a rappelé un incident significatif survenu au moment où elle travaillait elle-même au MCSS, soit vers 1978, 1979. A cette époque, Monsieur George Thomson, Sous-ministre adjoint avait préparé un document dans lequel il était affirmé que le MCSS préférait faire affaire avec le secteur privé à but non lucratif. Or, lorsque ce document commença à circuler, il souleva un véritable tollé parmi les députés du Parti Conservateur à l'assemblée législative qui s'opposaient à ce que le secteur commercial ne soit pas traité sur un même pied que le secteur volontaire. La résistance suscitée par le document de M. Thomson au sein du caucus conservateur fit que ce document dut être retiré. Cet incident demeura peu connu du grand public, mais, par la suite, il laissa des traces dans la haute direction du MCSS. (Cf. entrevue avec C. Freiler).

analyse, d'examiner l'évolution de l'organisation des services sociaux dans la période contemporaine. Cet examen nous permettra de constater, comment, dans la période 1970 à 1985 principalement, on assiste en Ontario a la fois à une **consolidation de l'organisation privée de la distribution des services** --nous hésitons toujours ici à parler carrément de privatisation-- et, plus spécifiquement, a une **poussée de commercialisation** de certains services.

4. Le maintien du privé et l'augmentation de la commercialisation au cours des années 1970 et 1980

En tenant compte à la fois des paramètres historiques dégagés dans la deuxième section de ce chapitre, des données de recherche disponibles et des limites d'espace à respecter dans ce chapitre, nous nous proposons d'examiner l'évolution récente de l'organisation des services sociaux ontariens dans trois domaines en particulier, soit les services enfance/jeunesse, les services d'hébergement pour personnes âgées et, fort brièvement les services de maintien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie. En privilégiant ces trois champs de services, nous serons amenés à centrer l'attention sur deux ministères concernés qui ne sont pas intégrés en Ontario, soit le Ministère de la santé disposant d'un budget de près de 10 milliards de $ et le Ministère des services communautaires et sociaux (MCSS) disposant d'un budget d'un peu plus de 3 milliards de $ en 1986-87. Si nous tenons compte du fait que les prévisions budgétaires du gouvernement de l'Ontario pour l'année 1986-87 sont de 31.5 milliards de $, cela veut dire que le Ministère de la santé dispose de 31.7 du budget de la

province tandis que le MCSS ne dispose que de pres de 10% de ce meme budget. (ONTARIO, 1986a : 54). [18]

4.1. Dans les services concernant l'enfance et à la jeunesse dont ceux relevant des Children's Aid Societies (CAS)

4.1.1. Quelques éléments d'information

Au cours de la période contemporaine, les CAS continuèrent à représenter la pièce institutionnelle centrale, à l'intérieur de l'organisation des services sociaux à l'enfance et à la jeunesse en Ontario. Le nombre des CAS demeura plutôt stable, soit à un peu plus d'une cinquantaine. Leur financement continua à provenir principalement du gouvernement provincial (80% du budget), secondairement des municipalités (15%) et d'autres sources privées (5%). En dépendant financièrement si fortement de l'Etat provincial, les CAS, tout en demeurant juridiquement des organismes privés à but non lucratif, devinrent graduellement de plus en plus fragiles par rapport à l'encadrement gouvernemental. D'ailleurs, la nouvelle législation concernant la protection et le bien-être des enfants et de leurs familles adoptée en 1984 (ONTARIO, 1984) devait de façon éloquente illustrer et renforcer à la fois la dépendance des CAS par rapport à l'Etat. En

---

[18] Les chiffres fournis sur les enveloppes budgétaires allouées à la santé et aux services communautaires et sociaux pour l'année budgetaire 1986-87 peuvent difficilement être comparés avec ceux du MSSS au Québec -- prévisions budgétaires de l'ordre de 6.3 milliards de $ pour l'année 1986-87-- et cela pour deux raisons: d'une part, le budget de l'aide sociale relève du MCSS en Ontario tandis qu'au Québec, ce budget relève de la responsabilité du Ministère de la main-d'oeuvre et de la sécurité du revenu; d'autre part, les dépenses de la régie d'assurance maladie sont comptabilisées à l'intérieur de celles du Ministère de la santé en Ontario tandis qu'elles sont comptabilisées à part au Québec. (ONTARIO, 1986b: 8-9).

effet, en vertu de cette loi, le Ministre des services communautaires et sociaux se trouvait officiellement munis de pouvoirs accrus pour diriger les CAS. Il pouvait, entre autres, approuver les paiements et les subventions en retour de services dûment approuvés (art. 7); désigner quelle agence pourrait être une CAS sur tel territoire et changer cette désignation a tout moment, préciser ses fonctions parmi les sept types de fonctions prevues dans le cadre de la loi, "imposer des termes et conditions", "changer ces termes et conditions" (art. 15); "determiner et approuver les estimes budgetaires" de chaque CAS (art. 19); surveiller si les CAS et leurs Directeurs respectent les normes fixes dans la loi et les reglements et, dans le cas d'une contravention, revoquer ou suspendre la désignation d'une CAS, enlever un ou des membres du conseil d'administration d'une CAS et en nommer d'autres a sa ou à leur place, mettre une CAS en tutelle(art. 22).

Ainsi, en lisant la législation et la réglementation concernant les CAS, on pourrait conclure que ces institutions officiellement privées s'apparentent pratiquement à des institutions publiques. C'est ce qui expliquent que certains auteurs tel WILLIAMS traitent les CAS comme s'ils étaient des organismes etatiques (1984: 97). Mais une telle conclusion serait trop hâtive a nos yeux. Nous y reviendrons ci-dessous.

Avant d'apporter quelques informations sur l'action des CAS dans la conjoncture contemporaine, il importe de préciser que ces societes quasi centenaires ne sont pas les seules agences à intervenir aupres de la jeunesse en difficulte et a pouvoir bénéficier des subsides publics. Depuis les annees 1970, un certain nombre d'**organismes communautaires jeunesse**, i.e. d'organismes prives a but non lucratif, faisant du travail de rue et conferant une certaine priorite a la prevention, sont parvenus a se faire reconnaitre par le MCSS et a obtenir un financement statutaire en vertu des dispositions

de la **Loi sur le bien-être des enfants et de leurs familles** (ONTARIO, 1984, art. 7 et 8). Nous faisons reference ici a des organismes communautaires que le MCSS a commence à reconnaître à partir de 1973 lorsqu'il s'est mis à découvrir les atouts d'une politique de desinstitutionnalisation des jeunes aux prises avec des problèmes de mesadaptation affective ou de santé mentale (MCSS, 1983: 11-12 et 48). Parmi les organismes communautaires jeunesse du genre, il y a le **Central Toronto Youth Services** qui, depuis sa fondation en 1976, est intervenu de façon vigoureuse et novatrice pour poser les problèmes des jeunes et reclamer de la population et des pouvoirs publics des attitudes et des actions consequentes se situant dans une stratégie d'intervention autre que répressive et punitive.(Cf. CTYS, 1976, 1979, 1982a, 1982b; APPATHURAI et al., 1985 et 1986).

Au cours des années 1970 et 1980, les CAS , les organismes communautaires jeunesse et d'autres organismes privés a but non lucratif reconnus comme agences approuvées par le MCSS ont, en reférence aux problemes des jeunes, assume un rôle d'intermediaire entre l'Etat provincial et les ressources privees utilisees pour le placement éventuel des jeunes en dehors de leur milieu naturel, soit les familles d'accueil, les centres d'accueil, les residences, etc. De 1970 à 1980, le nombre d'enfants places en centres d'accueil de readaptation a continué de baisser en passant de 2,883 a 2,099, tandis que celui des enfants placés dans les foyers et residences dotés d'un permis a augmenté considérablement en passant de 380 à 2,749 (MCSS, 1983: 21). De 1976 à 1986, le nombre des familles d'accueil --pouvant

recevoir en Ontario un maximum de 4 enfants-- approuvees par les CAS a baisse de 6243 à 4156 (RESEARCH INNOVATIONS, 1987: 205 et 206).[19]

Au cours des années 1980, la popularité de la formule des residences --"boarding rooms"-- a continué de s'accroître rapidement. Le rapport préliminaire présenté au Select Committee on Health en janvier 1987 par Joan Hannah et Guy Poirier du groupe RESEARCH INNOVATIONS fait le point sur l'etat de développement de ces ressources en novembre 1986:

> En novembre 1986, il y avait 318 résidences et unités familiales alternatives (ou étendues) pour jeunes avec une capacité totale approuvée de 2,002 places. Ces foyers sont opérés par des opérateurs privés qui ont obtenus une licence de la province pour offrir de l'aide résidentielle à des enfants qui sont sous la tutelle des CAS. Ces foyers sont administrés par la branche des services communautaires du MCSS en vertu de la loi sur le bien-être des enfants et de leur familles (1987: 193).

Les résidences pour jeunes dont il est question ci-dessus représentent des ressources privées et un bon nombre d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif. Voici ce qu'avançait à ce sujet le Social Planning Council dans **Caring for Profit**:

> Les informations précises sur le nombre ou la proportion des résidences de jeunes qui appartiennent au secteur privé à but lucratif sont extrêmement difficile à trouver parce que le MCSS ne tient pas de statistiques sur le statut des opérateurs quant à la propriété. Cependant, il est connu que la majorité des résidences pour jeunes

---

[19] Le taux d'occupation des familles d'accueil approuvées par les CAS était de 71.8% en 1976 et de 61,8% en 1986 (RESEARCH INNOVATIONS, 1987: 207). Nous n'avons pas de statistiques cependant sur le nombre d'enfants effectivement placés dans les familles d'accueil.

> qui relevaient anciennement du **Boarding Homes Act** étaient à but lucratif. [...]
> Au 31 mars 1984, approximativement 50% des résidences licenciées pour enfants étaient à but lucratif, tandis que l'autre 50% étaient à but non lucratif. Cependant, parce que les foyers à but lucratif tendent à être plus petits que les foyers à but non lucratif, le secteur commercial ne représente que 40% des places licenciées. (SPCMT, 1984: 49).

Nous aurions aimé trouver des données plus précises sur l'évolution du nombre d'établissements et de places à but lucratif, comparativement au nombre d'établissements et de places à but non lucratif, dans le domaine des résidences pour enfants ou jeunes , au cours des dix ou quinze dernières années, mais malheureusement, nous n'avons pas pu mettre la main sur de telles données. Les entrevues que nous avons faites avec quelques spécialistes des services sociaux aux jeunes (cf. entrevues avec L. Hurl et G. Lowery) nous incitent à faire l'hypothèse que les services résidentiels aux jeunes aux prises avec des problèmes d'adaptation représentent un champ dans lequel la commercialisation des services a marqué des points au cours des dernières années. Selon HURL et FREILER (1985), l'arrivée de la nouvelle législation sur l'enfance et la famille en 1984 s'est trouvée à favoriser la consolidation du secteur privé à but lucratif au niveau des ressources d'hébergement des jeunes en dehors de leur milieu naturel.

4.1.2. Quelques éléments d'évaluation

Si nous tentons maintenant de dégager **une vision et une appréciation plus globales du système** de services sociaux à l'enfance et à la jeunesse en Ontario, nous sommes à même de faire les constats suivants:

a) Les différentes composantes institutionnelles qui tissent le système --les CAS, les autres agences et organismes communautaires jeunesse, les familles d'accueil, les foyers et résidences, les centres d'accueil-- partagent entre autres **deux traits communs: elles sont fort privées au niveau de leur statut juridique et de la propriété et elles sont massivement financées par les subsides publics**. Comme le mentionnait Madame Lorna Hurl en entrevue, "les CAS sont a mi-chemin entre le secteur privé et le secteur public; d'un côte, ils sont diriges par des conseils d'administration privés; de l'autre côté, leur financement est essentiellement public et ils sont de plus en plus réglementés par le gouvernement provincial." (Entrevue avec L. Hurl).

b) **La portion la plus importante des ressources institutionnelles, dans le domaine des services sociaux à l'enfance et à la jeunesse, appartient au secteur privé à but non lucratif**. C'est le cas notamment des 52 CAS, des agences de type communautaire s'occupant des problèmes de jeunes tel le **Central Toronto Youth Service**, de la grande majorite des centres d'accueil de readaptation pour jeunes mesadaptés socio-affectifs. Le secteur prive a but lucratif est bien represente dans le domaine des familles d'accueil, evidemment, et dans un domaine de services qui s'est developpé rapidement au cours des quinze dernieres annees, soit dans les services résidentiels qui representent une

formule intermédiaire entre les familles d'accueil et les centres d'accueil. La propriété de ces résidences se trouve souvent de type familial et artisannal -- "mom and pop"--, mais quelques chaînes sont présentes dans ce secteur.(SPCMT, 1984: 49).

c) **Les organismes privés à but non lucratif dans le domaine des services sociaux à l'enfance et à la jeunesse, notamment les CAS, sont très différemment équipés d'une région à l'autre**. Par exemple, tandis que certains CAS de villes et de régions économiquement avantagees se trouvent fort bien pourvus en ressources, d'autres, tel le CAS de Peterborow, souffrent d'un manque chronique de ressources humaines et financières. (Cf. entrevue avec L. Hurl).

d) **Au cours des quinze dernières années, le gouvernement de l'Ontario et, plus spécifiquement le Ministère concerné, soit le MCSS, sont constamment revenus à la charge pour évaluer et réorganiser les services sociaux à l'enfance et à la jeunesse**. Or, dans chacun de ces exercices, le MCSS semble s'être retrouvé impuissant face aux mêmes problèmes récurrents. Lorna HURL (1984), dans son analyse des documents produits par le MCSS entre 1969 et 1983 a identifie plusieurs de ces problemes récurrents dont la capacite très forte de resistance des CAS au contrôle gouvernemental; la confusion au niveau de l imputabilite lorsque le gouvernement et les organismes prives se relancent la balle chaque fois qu'il s'agit d'identifier un responsable pour un problème; les différences au niveau de l'accessibilité aux services d un organisme privé à l'autre, d'une région à l'autre.

Par exemple, dans l'une des études faites par le MCSS (1980), la liste récurrente des problèmes revient à la manière d'une litanie connue: l'aspect irrationnel du financement (p. 14); le trop grand nombre de

"cuisiniers" (p. 15);[20] l'absence de planification et d'organisation rationnelle des services (p. 15); le gouvernement est responsable de la part du lion du financement pour des services dont il est responsable (imputabilité) mais qu'il ne contrôle pas et c'est lui qu'on blâme quand ça va mal (p. 17); il y a plusieurs agences mais il y a trop d'écarts de l'une à l'autre (p. 17). Puis, la liste récurrente des suggestions suit: il faut réformer et réorganiser le système (pp. 30-31); il faut "établir une approche de planification large, provinciale, cohérente et rationnelle pour niveler les inéquités, les inegalites et les irrationalités du système des CAS et améliorer les services d'une région à l'autre" (pp. 38-39). Il faut pousser la décentralisation (p. 40). Il faut établir un système de première ligne simple, unifié, depourvu d'arbitraire (p. 41). Il faut éliminer les distorsions et les inconsistances (pp. 44-45). Il faut même s'attaquer à la bureaucratie (pp. 77-79).

Voilà quelques uns des principaux éléments qui reviennent frequemment dans les évaluations de l'organisation privée des services sociaux à l'enfance faites par le MCSS, au cours des années 1970 et 1980. Mais, comme le faisait remarquer Lorna Hurl, le MCSS, en dépit de ses nombreuses tentatives n'a jamais réussi à mettre les CAS au pas: "Le MCSS a constamment tenté d'améliorer l'encadrement des CAS, mais ça n'a jamais marché. Les CAS ont toujours défendu leur autonomie et leur pouvoir et, en conséquence, ils ont résisté aux tentatives de contrôle gouvernemental." (Entrevue avec L. Hurl).

---

[20] La référence aux "cuisiniers" trop nombreux ici prend tout son sens en référence à l'expression anglaise: "Too many cooks spoil the broth".

4.2. Dans les services d'hébergement pour personnes âgées

Au cours des années1970 et 1980, nous pouvons affirmer que l'organisation des services d'hébergement pour les personnes âgées connut une profonde mutation. Cette dernière fut générée par la conjugaison de deux facteurs. D'une part, il y eut gel du développement de places nouvelles dans les foyers pour personnes âgées, suite à l'adoption d'un moratoire en 1975. D'autre part, il y eut le développement spectaculaire des Nursing Homes à partir de l'adoption d'une législation nouvelle en 1972. En référence à notre objet d'étude, l'interaction entre ces deux facteurs devait signifier à la fois le plafonnement du secteur public --les foyers municipaux-- et du secteur privé à but non lucratif --les foyers charitables-- et l'émergence rapide d'un important réseau d'établissements privés à but lucratif. Conséquemment, cette période, pour l'hébergement des personnes âgées, fut marquée par une très forte poussée de commercialisation des services. Expliquons-nous à ce sujet.

4.2.1. Le moratoire des foyers pour personnes âgées

En 1975, en pleine période de compressions budgétaires et de stratégie offensive de rationnalisation des dépenses publiques (cf. section 3), le gouvernement de l'Ontario décida de freiner le développement du réseau des foyers municipaux et charitables qui était en plein essor depuis plus de 25 ans. A cet effet, il adopta un **moratoire** pour stopper l'apparition de nouveaux foyers et cela en dépit de l'existence de listes d'attente. Ce moratoire était légitimé par l'apparition, au même moment, d'une politique

de desinstitutionnalisation et de décentralisation qui, comme nous l'avons vu antérieurement, s'inscrivait très bien à l'intérieur des perspectives de rationnalisation des depenses publiques promues depuis 1971 et intensifiees en 1975. (WILLIAMS, 1984: 65).

L'operationalisation du moratoire signifia qu'à partir de 1975 le nombre de places dans les Foyers pour personnes âgees continua a augmenter, mais à un rythme beaucoup moins accéléré qu'au cours des annees antérieures. Quelques chiffres permettent de le constater: en 1970, il y avait 181 foyers municipaux et charitables pour personnes âgées pour un total de 25 000 places; en 1980, il y avait le même nombre d'institutions pour un total de 28 000 places; en 1986, il y avait 182 institutions, dont 89 foyers municipaux et 93 foyers charitables, pour une capacité totale de 28 788 places.. De 1976-77 à 1986-87, le budget du MCSS pour les Foyers de personnes âgees augmenta de 94 à 263 millions de $, ce qui represente une augmentation de l'ordre de 180% comparativement a une augmentation de l'ordre de 196% du budget du MCSS pendant la même période. (RESEARCH INNOVATIONS, 1987: 141 et 152-154).

4.2.2. Le développement rapide des Foyers de soins (Nursing Homes) à partir de 1972

Paradoxalement, en même temps que le gouvernement de l'Ontario freinait le développement de nouvelles places dans le réseau des centres d'accueil à but non lucratif relevant du MCSS, par l'intermédiaire de son moratoire, il avait commencé à favoriser l'essor du réseau des centres d'accueil à but lucratif relevant du Ministère de la santé dans la mesure où ils étaient censés recevoir une clientèle plus lourde nécessitant des soins infirmiers et médicaux.

En 1972, en effet, le gouvernement conservateur de l'Ontario adoptait une **nouvelle loi et un nouveau programme concernant les Foyers de soins**. Des établissements recevaient des **personnes âgées en forte perte d'autonomie réclamant des soins de 1 heure et demi par jour au minimum**. En vertu de cette nouvelle loi, en pleine période d'entrée en vigueur de l'assurance santé dans la foulée de l'assurance hospitalisation, la province acceptait de payer près de 75% des dépenses des bénéficiaires pour les soins infirmiers. L'entrée en vigueur de ce nouveau programme eut un impact sur le développement de nouvelles places dans les Foyers de soins qui, tout en demeurant très souvent des établissements privés à but lucratif, pouvaient néanmoins compter indirectement sur le soutien financier de l'Etat provincial. Pendant que les centres d'accueil qui relevaient du MCSS étaient soumis à un moratoire, ceux qui relevaient du Ministère de la santé bénéficiaient d'un soutien politique et financier accru. (WILLIAMS, 1984: 66-67).

Ainsi, de 1976 à 1986, même si le nombre des **Nursing Homes** baissa de 387 à 332, le nombre de places augmenta de 26 000 à 30 000 soit de 15.4% (RESEARCH INNOVATIONS, 1987: 115 et 121; SPCMT, 1984: 29-33). Si nous calculons la croissance du nombre de places depuis 1972, nous arrivons à une augmentation plus considérable de l'ordre de 30% (HURL et FREILER, 1985: 6).

L'augmentation du nombre de places concurremment à la diminution du nombre d'établissements attire notre attention sur le **processus de concentration économique en cours dans le réseau des Foyers de soins**. Sur les 332 établissements de ce réseau rescensés par les chercheurs-es de RESEARCH INNOVATION, 302 , soit 91%, étaient privés à but lucratif, 27, soit 8.1% étaient privés à but non lucratif et 3, soit 0.9% étaient publics,

i.e. sous l'égide de municipalités. En poussant la ventillation des établissements privés a but lucratif, les mêmes chercheurs-es arrivent a des constatations intéressantes: sur les 302 établissements privés a but lucratif, plus de la moitié, soit 155 sont entre les mains de propriétaires ou de corporations qui ont trois foyers ou plus sous leur contrôle. A elles seules, les dix chaînes les plus importantes en taille détiennent le contrôle de 97, soit de 29.1%, de la totalité des établissements et 44% des places. A elle seule, la chaîne **Extendicare** contrôle 28 établissements, soit 8% des établissements, et 16% des places. Les autres chaînes qui suivent sont **Versa-Care** et **Diversicare** qui ensemble contrôlent un autre 10% des places (1987: 115-117).

4.2.3. Quelques éléments d'évaluation

En mettant en perspective les données qui précedent concernant l'évolution des services d'hébergement pour les personnes âgées au cours des dix ou quinze dernières années en Ontario, il est aisé de mettre en relief trois phenomenes qui sont en cours: premièrement, il y a nettement un processus de **privatisation** des services en marche puisque le nombre de places publiques dans les foyers municipaux est pratiquement gelé tandis que le nombre de places privées est en augmentation plus rapide dans le secteur privé à but non lucratif --les foyers charitables-- et très rapide dans le secteur privé à but lucratif --les Foyers de soins--. Deuxièmement, un processus accelére de **commercialisation** des services est en marche avec, d'une part le moratoire du secteur public et privé à but non lucratif et, d'autre part, le développement du secteur commercial. Troisièmement, dans le secteur commercial, il y a un processus de **concentration du capital**

dans la mesure ou certaines chaines telles **Extendicare** semblent en voie de s'accaparer une portion croissante du marché des places.

A la différence du MCSS, le Ministère de la sante semble moins porté à évaluer constamment ses rapports avec le secteur privé et, lorsqu'il le fait, il requiert les services de firmes privées qui, bien souvent, au terme de ses enquêtes, savent remettre au ministère des rapports plutôt rassurants, voire complaisants.[21] Lorna HURL et Christa FREILER nous aident à comprendre les raisons sous-jacentes à ce type de pratiques:

> Le Ministère de la santé a un engagement très fort en faveur du secteur non gouvernemental pour la livraison des services non-hospitaliers. Plus encore, à la différence du MCSS, il est ouvertement enthousiaste dans son support du secteur commercial. L'explication de cela pourrait être trouvee dans la loi canadienne d'assurance-sante qui, à la différence du Régime canadien d'assistance publique, n'impose pas de restrictions quant au recours à des services commerciaux. (1985: 5).

Mais si le Ministère de la santé parait tolérant à l'endroit des Foyers de soins, d'autres organismes semblent l'être moins. Nos différents séjours en Ontario à l'automne 1986 et à l'hiver 1987, nous a permis de noter que l'opinion publique et les médias en général (ex.: HARVEY, 1985) étaient fort en alerte par rapport à certains scandales qui ont éclaté au cours des dernières années dans les Foyers de soins. Dans certains cas, suite à des plaintes proférées par des organismes de défense de droits des personnes âgées, le Ministère de la santé a été obligé d'agir, voire de sévir. Par exemple, en février 1987, le ministère a pris la décision de mettre en tutelle le Foyer

[21] Voir par exemple le rapport complaisant sur la revue de l'inspection gouvernementale dans les **Nursing Homes** préparé par la firme de consultants **Woods Gordon** (ONTARIO MINISTRY OF HEALTH, 1986).

de soins **Richmond Hill** qui avait enfreint à plusieurs reprises les normes de santé et de sécurité.[22] En 1983, le ministère avait dû fermer un autre Foyer de soins, soit le Foyer **Ark Eden** situé à proximité de Barrie, suite à la mort de deux bénéficiaires à l'intérieur de 18 mois.[23]

Les plaintes qui reviennent fréquemment en provenance des personnes et des organismes qui assurent une vigilance et une position critique a l'endroit des Foyers de soins à but lucratif sont souvent les mêmes: les proprietaires et les corporations concernées se font reprocher d ecremer leur clientele et de reduire la qualite des services --en menageant sur la nourriture, le chauffage, l'entretien des immeubles, le temps des services donnes aux bénéficiaires, les normes de sécurité, etc.-- pour maintenir et améliorer leur marge de profit. Quant au gouvernement et au Ministère de la santé, ils se font reprocher de ne pas être assez exigeants au niveau des normes et criteres à prendre en compte dans l'octroi et le maintien des permis , de ne pas être suffisamment rigoureux et consequents au niveau du système d'inspection des foyers et de manquer de fermeté, de severite et de celérité dans la mise au pas des foyers fautifs (cf. JOHN HOWARD SOCIETY OF ONTARIO, 1986: 39-40).

Toutefois, les proprietaires , les compagnies impliquees dans l'industrie des Nursing Homes et les associations concernees, notamment l'Ontario Nursing Home Association, entretiennent et propagent une autre vision des choses. Frederick B. Ladly, President et Directeur general d'Extendicare ripostait recemment aux critiques formulées en disant:

---

22 Voir l'article de la Presse canadienne "Province takes over private nursing home to protect patients", in The Globe and Mail, February 17, 1987, p. A15 et SOSEMAN, Ellen, "Group applauds Queen's Park takeover of nursing home" in The Globe and Mail, February 18, 1987, p. A12.

23 SOSEMAN, Ellen, loc. cit.

> L'idéologie et l'émotion constituent la base de la réthorique d' individus et de groupes qui ont une forte aversion au sujet de l'implication du secteur privé [à but lucratif] dans les soins de santé dans ce pays plutôt que sur la logique ou la realité des faits."
> [...]
> La question ne devrait pas être est-ce que les services de santé à but lucratif fonctionnent ou sont voulus au Canada, mais plutôt quel rôle plus étendu devrait être assumé par le secteur privé? (ONTARIO NURSING HOME JOURNAL, 1986).

Mais cette vision n'est pas partagée par tous les acteurs concernés. L'ONTARIO COALITION OF SENIOR CITIZENS ORGANIZATIONS a pris une position claire, à l'automne 1986, sur l'incompatibilité qu'il y avait entre services à but lucratif et services de qualité:

> La Coalition a pris une position a l'effet que la ou les fonds publics sont utilisés, les services devraient être livrés sur une base autre que commerciale. La position de la Coalition est basée sur les éléments suivants:
> a) La privatisation [au sens de commercialisation] transforme le profit en priorité la plus élevée et cela au détriment de la qualité.
> b) La privatisation manque d'imputabilite publique.
> c) Les services humains ne devraient pas être définis par des intérêts corporatifs.
> d) Les services à but lucratif n'assurent pas nécessairement l'efficacité ou la qualité pour les bénéficiaires ou les travailleurs dans le système.
> L'industrie des soins à but lucratif a d'autres déficiences dont les suivantes:
> a) Les usagers sont vulnérables et représentent un marché captif.
> b) Les critères pour les services sont déterminés par la capacité de payer.

> c) Les services ne sont pas assurés à moins qu'ils permettent le profit.
> d) Le potentiel pour la participation des bénéficiaires est limité. (1986: 4-5)

Une enquête menée par le Ministère de la santé et le MCSS a même permis de reconnaître que 50% de tous les résidents dans les Nursing Homes nécessitaient moins de 1.5 heures de soins et que pas moins de 12 000 lits étaient occupés par des personnes qui n'étaient pas placées au bon endroit. (ONTARIO COALITION..., 1986: 14). Dans un autre rapport remis au Ministre de la santé en mars 1986 par un Comité spécial, la loi de 1972 et l'organisation actuelle des ***Nursing Homes*** étaient critiquées sévèrement:

> Comme résultat de nos visites de 183 nursing homes à travers la province de l'Ontario, c'est la conclusion des membres du Comité que la nature de l'industrie a changé depuis l'entrée en vigueur de la législation en 1972.[...] Dans un système orienté vers le profit, les entrepreneurs sont motivés pour diminuer les coûts --dans ce cas, la nourriture, le personnel, le temps, le luxe, etc.-- dans le but d'accroître ou de maintenir leur marge de profit. Le résultat de tout cela, c'est que plusieurs aspects de l'industrie ne répondent pas aux attentes de la société ontarienne en 1986. (NURSING HOMES RESIDENTS' COMPLAINTS COMMITTEE, 1986: 7).

4.3. Dans les services de maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie

Notre développement sur les services de maintien a domicile sera plutôt expéditif, dans le mesure ou les données recueillies peuvent être transmises aisément et n'appellent pas de longues explications.

La tradition historique des services de maintien a domicile, avec une composante sanitaire et une composante sociale, s'est développé surtout

depuis 1958, lorsque le gouvernement provincial adopta une legislation à cet effet.[24] Cette legislation favorisa au cours des annees ulterieures une sorte de partenariat entre le gouvernement provincial, les municipalites et les agences privees à but non lucratif qui étaient fort actives dans ce domaine. Des organismes volontaires tels la **Croix-Rouge**, le **Victorian Order of Nurses** et le **St-Elizabeth Visiting Nurses Association** assumerent un rôle strategique dans ce secteur avec le soutien financier minimal assume par le gouvernement provincial et par les municipalites pour les dépenses d'infrastructures. Lorsque le Régime d'assistance publique du Canada entra en vigueur à la fin des années 1960, la province était heureuse d'accueillir un partenaire additionnel pour partager les coûts (WILLIAMS, 1984: 109-110). Pendant ces années, il y avait bien quelques agences privées a but lucratif de services de maintien et de soin à domicile, mais elles occupaient une place tout a fait marginale et, à toutes fins pratiques, les organismes volontaires détenaient une sorte de monopole dans ce domaine de services (cf. entrevue avec D. Lamont).

Mais, au cours des dix dernieres années et, plus particulièrement depuis 1978, les services a domicile ont pris une expansion exceptionnelle.Le nouveau gouvernement des libéraux en alliance avec le NPD s'est empresse,

---

[24] Depuis les années 1930, il y avait des services de maintien à domicile assumés par des organismes volontaires tels la **Red Cross**, mais ces services n'étaient accessibles qu'aux familles et individus à revenus moyens ou élevés puisque les beneficiaires devaient payer les services. Mais, avec la legislation de 1958, les pouvoirs publics --les municipalités d'abord, puis le gouvernement provincial-- s'impliquent davantage par l'intermédiaire de subventions et ,en conséquence, des bénéficiaires à revenus modiques peuvent avoir davantage accès aux services livrés par des bénévoles. Nous comprenons ici que les subsides publics sont utilisés pour assurer les frais d'infrastructure des organismes bénévoles plutôt que pour payer des salaires aux intervenants-es. (Cf. entrevue avec D. Lamont).

a partir de l'eté 1985, de valoriser hautement les services communautaires et le maintien à domicile. L'Hon Ron VAN HORNE, Ministre delegué aux affaires des personnes âgées, dans un livre blanc publié sur la question, s'exprimait de la façon suivante:

> Les premières mesures visant à étendre et à améliorer les services communautaires ont été prises en janvier 1986, lorsque la province a introduit le programme de services intégrés d'aide à domicile aux personnes âgées fragiles et aux adultes handicapés physiques. En même temps, le gouvernement affectait 11 millions de dollars supplémentaires à l'amélioration des services communautaires aux personnes âgées, tels que les cuisines ambulantes, le transport et les centres pour personnes âgées, et à l'accroissement du soutien des bénévoles qui participent à un grand nombre de ces programmes. (1986 : 12).

Il est intéressant de se référer à certaines statistiques pour verifier si le discours du nouveau gouvernement de ***Queen's Park*** s'est traduit dans des actes concrets. A cet égard, les chiffres des chercheurs-es de RESEARCH INNOVATIONS s'avèrent, une fois de plus, fort appropriés et suggestifs pour nous donner accès à une saisie de ce qui se passe dans ce secteur de services socio-sanitaires.

a) De 1976-77 à 1986-87, l'enveloppe budgétaire affectee par le gouvernement de l'Ontario aux services de maintien a domicile est passée de 17 à 166 millions $. Cela signifie que ce budget a augmente de dix fois pendant que le budget global du Ministere --dont relève l'enveloppe budgetaire du maintien à domicile-- n'augmentait que de trois fois. (1987: 21).

b) De 1978 à 1985, le nombre des heures consacrées au soins et au maintien a domicile a triplé.

- Dans le domaine spécifique de **l'aide à domicile --soit le volet service social**--, le nombre d'heures est passé de 1.2 million en en 78-79 a 3.8 millions en 1984-85, ce qui représente une augmentation de 214.5%.[25] Le secteur commercial demeure fort minoritaire par rapport au secteur volontaire dans ce domaine, mais au fil de ces annees, il a vu sa part du marche augmenter de façon significative: **en 1978-79, le secteur commercial contrôlait 18% du marché de l'aide à domicile; en 1984-85, il contrôlait 24% du marché.** (1987: 25).

-Dans le domaine spécifique des **soins à domicile** --soit le volet plus sanitaire-- le nombre total des visites à domicile a augmente de 150% au cours de la même période 1978-1984. Mais, comparativement a ce qui se passe dans le volet plus social, la part des agences a but lucratif est demeurée tout à fait marginale même si elle a augmenté un tout petit peu au cours de la période: elle représentait 0% du marché en 1978 et 0.5% en 1984. (1987: 24).

En conclusion de cette partie, nous pouvons affirmer que nous assistons dans ce domaine spécifique de services non pas à un processus de privatisation mais davantage a un **processus de commercialisation** tout comme dans quelques autres domaines. Pour le moment, la part des services a domicile assumes par le secteur privé a but lucratif demeure encore minoritaire (moins du quart du marché dans le volet social), mais si les

---

[25] Le rythme accelere d'augmentation a dû se maintenir au cours des annees1985-86 et 1986-87. Dans l'entrevue qu'elle nous a donnee, Madame Dorothy Lamont, responsable du secteur des services de maintien à domicile à la Croix-Rouge de l'Ontario nous a dit qu'en 1986, 4000 bénévoles à temps partiel, à partir de 47 branches locales de la Croix-Rouge en Ontario avaient assumés 3 500 000 heures de visites à domicile dans le cadre du programme de cet organisme volontaire qui est le plus important parmi les sept organismes volontaires faisant des services de maintien à domicile dans cette province. (Cf. entrevue avec D. Lamont)

tendances observées au cours des dernieres annees se maintiennent, des changements significatif dans l'équilibre entre le secteur commercial et le secteur volontaire pointent à l'horizon.

Lors de l'entrevue qu'elles nous a accordée, Madame Dorothy Lamont, une travailleuse sociale expérimentée qui est en charge depuis plus de six années de tout le domaine des services de maintien à domicile à la Croix-Rouge de l'Ontario, a tout à fait confirmé, à partir de sa propre expérience, les observations suggerées par les chiffres présentés ci-dessus. Apres nous avoir expliqué le contexte dans lequel on assiste en Ontario a une augmentation phénoménale de la demande de services de maintien a domicile --notamment avec le problème du vieillissement de la population et de la pénurie des places d'hébergement dans les institutions, Madame Lamont nous a parlé de plusieurs indices de la montee de la commercialisation et des insuffisances de politiques gouvernementales axees uniquement sur la dimension financière et sur la préoccupation de faire en sorte que plus de services soient assumes a moindres coûts . Elle a deplore, en particulier, **l'absence totale de normes gouvernementales** qui permettraient d'assurer des services de qualité dans ce domaine:

> Le gouvernement ne veut pas appliquer des normes dans le domaine des services de maintien à domicile, parce que cela impliquerait une augmentation des coûts. [...] Notre point de vue, c'est qu'il doit y avoir des normes et qu'il doit y avoir des moyens de surveiller l'application de ces normes. Sans cela, nous croyons que les personnes qui reçoivent des services ne se font pas rendre justice. (Entrevue avec D. Lamont).

En outre, Madame Lamont a souligné que le gouvernement semblait opter pour une stratégie "non officielle mais très claire" qui l'amène à offrir des contrats à un nombre accru et diversifié d'organismes distributeurs de

services de maintien à domicile, parmi lesquels les organismes à but lucratif ont leur place de plus en plus. Dans un domaine qui, en Ontario, demeure "dramatiquement sous-financé"et dans lequel le gouvernement offre des subventions moyennes de 7.50$ l'heure en moyenne aux organismes benevoles et commerciaux qui font de la livraison de services à domicile, la multiplication des contrats de service et l'appel à la competition entre les organismes volontaires et les organismes à but lucratif ne font que mettre en peril davantage la qualité des services. (Cf. entrevue avec D. Lamont).

A ces commentaires critiques, il faut ajouter en ajouter un autre formulé par Madame Sheila Neysmith, specialiste en gerontologie à la Faculte de travail social de l'Université de Toronto. Dans l'entrevue qu'elle nous a accordée, cette dernière a insisté non seulement sur l'absence de normes gouvernementales, mais également sur l'absence de lieu de coordination clairement identifié permettant au gouvernement provincial de planifier et d'assurer une couverture garantie d'une même gamme de services sur l'ensemble du territoire. A défaut de cette coordination, les services de maintien à domicile se développent de façon arbitraire et inégale, d'une région a l'autre de la province. En conséquence il est possible de trouver dans certains quartiers d'une ville comme Toronto des services qui sont superbes et excellents alors que dans d'autres quartiers, la quantite et la qualite des services laissent a désirer. En conséquence, les gens doivent souvent aller en dehors de leur quartier et de leur région pour avoir acces a des services. Tout cela favorise édivemment le developpement d'écarts considerables d'un lieu à l'autre, ce qui faisait dire a Madame Neysmith que "l'Ontario est probablement la province la moins bien organisee, parmi les provinces autres que les provinces maritimes, au niveau des services communautaires aux personnes âgées." (Entrevue avec S. Neysmith).

5. Quelques pistes de réflexion issues des recherches

Sur une base comparative avec d'autres provinces, notamment le Québec, les recherches ontariennes sur la privatisation des services sociaux, tout en demeurant jeunes, se trouvent à être relativement avancées. La bibliographie de ce chapitre en témoigne éloquemment, cette question a été abordée spécifiquement, ces dernières années, par des dizaines de personnes et d'organismes. Conséquemment, en Ontario, il n'est pas exagéré d'avancer qu'une tradition de recherche est en voie d'émerger de se consolider sur le sujet. Cela ne signifie toutefois pas que les recherches ontariennes dans ce domaine nous donne l'accès à un ***corpus*** de connaissances assurées et à des quantité de conclusions claires. Trop attendre dans cette direction, ce serait la meilleure façon de s'obstiner à faire dire aux recherches ontariennes ce qu'elles ne peuvent pas dire dans le moment. Par contre, si nous avons suffisamment de patience et de sagesse pour nous référer aux recherches ontariennes sans leur demander les résultats qu'elle ne peuvent pas encore donner, nous pouvons être mis en présences de plusieurs hypothèses et pistes interpellantes qui seront susceptibles de stimuler et soutenir nos propres démarches de recherche dans d'autres provinces, dont le Québec.

En tenant compte des limites identifiées ci-dessus, il est possible de dresser **notre propre bilan provisoire** des recherches sur la privatisation des services sociaux en Ontario.

1) Notre premier constat, c'est précisément que le champ de recherche auquel renvoie la privatisation des services sociaux --qu'il s'agisse de la privatisation de type commercial ou de celle de type communautaire--

s'apparente à **un champ d'étude hautement idéologisé.** [26]Les chercheurs-es qui se penchent sur la question de la privatisation peuvent difficilement être à l'abri de l'idéologisation des débats et des rapports de forces en rapport avec l'enjeu de la privatisation dans la société plus large. Ce diagnostic commence à être partagé à la fois par certains defenseurs et opposants de la privatisation. Toutefois, les uns et les autres semblent, bien souvent, avoir plus de facilité à discerner l'idéologisation de l'argumentation des autres que la leur. C'est ainsi, par exemple, que le president d'**Extendicare**, Monsieur Ladly, aura plus de facilite a qualifier d'ideologique et d'émotive l'argumentation des critiques de la commercialisation que celle de ses défenseurs, dont la sienne (cf. ONTARIO NURSING HOME JOURNAL, 1986) ! C'est ainsi, également, que les critiques de la commercialisation issues du secteur volontaire feront appel de façon souvent rituelle à l'argument choc de la qualité des services sans toujours se préoccuper d'en faire la démonstration (cf. entrevue avec L. Hurl).

2) C'est dans ce contexte de prise de conscience de l'idéologisation du débat sur la privatisation que plusieurs chercheurs-es, dont Lorna Hurl et Christa Freiler, ainsi que d'autres à leur suite, se sont attaqués à ce

---

26 Le professeur Ernie Lightman de l'Université de Toronto, dans l'entrevue qu'il nous a accordée, a beaucoup insisté sur le rôle fondamental de la rhétorique et de l'idéologie dans le débat sur les avantages et les inconvenients de la privatisation. Il a illustré son point de vue en utilisant l'exemple de l'argument sur l'efficacité: "L'argument de l'efficacité utilisé par les tenants de la commercialisation dit que le secteur commercial est plus efficace soit parce qu'il peut livrer le même service à un moindre prix, soit parce qu'il peut livrer un meilleur service pour le même prix. Mais dans un cas comme dans l'autre, on est pris avec le même problème: il faut mesurer la qualité des services, ce qui est très difficile dans le domaine des services sociaux. Alors, vous ne pouvez pas mesurer l'efficacité parce que vous ne pouvez pas vraiment mesurer la qualité. On est vite ramené au niveau de l'idéologie, des croyance, où c'est pas d'abord la démonstration qui compte." (Entrevue avec E. Lightman).

qu'ils,elles ont appelé **"les mythes"** concernant les avantages de la privatisation ou a la supériorité du prive sur le public. Ces mythes voudraient que le secteur prive, comparativement au secteur public, soit plus efficace, plus apte à répondre aux nouvelles demandes du milieu,plus imputable, plus novateur, plus flexible, plus productif au niveau de l'accessibilite et de la qualité des services, moins coûteux etc. (SPCMT,1984: 5-16; HURL ,1984:396; HURL et FREILER,1985;JOHN HOWARD, 1986: 6-13). Mais l'enquête sur les pratiques concretes émanant du secteur privé dans le domaine des services sociaux à l'enfance et à la jeunesse (HURL, 1984), dans les services correctionnels (LIGHTMAN,1982; GANDY, 1985; JOHN HOWARD SOCIETY, 1986) et dans les services aux personnes âgées (SPCMT, 1984; HURL et FREILER, 1985) a commencé à ébranler vigoureusement ces mythes et à dévoiler qu'ils étaient basés davantage sur des prejuges que sur la realite. .

3) Jusqu'à maintenant, dans les recherches menees en Ontario, **la privatisation de type commercial semble avoir été mieux analysée et critiquée que la privatisation de type communautaire**. Plusieurs recherches en cours ou déjà faites définissent la privatisation de façon large, mais tendent, au niveau de l'analyse empirique, a oublier ou a negliger la privatisation non commerciale. **Les principaux reproches adressés par les recherches en cours au secteur privé de type commercial sont les suivants**: la logique du marché appliqué au domaine des services humains ne tarde pas à favoriser l'apparition d'un systeme de services a deux paliers qui va à l'encontre de l'équite et de l'accessibilite des services (HURL+FREILER, 1985:18); la supposée capacite régulatrice du marche qui, sur papier, devrait être si favorable à la qualité des services, opere tout a fait autrement dans la realité à partir du moment où l'offre de

services est réduite ; en effet, dans une telle situation, les bénéficiaires n'ont aucunement la liberté de choisir parce qu'ils sont sur des listes d'attente et qu'il n'y a pas d'abondance de services disponibles comme tend à le suggérer le discours (HURL+FREILER, 1985: 22); en outre, la supposée capacité que le gouvernement aurait ,sur papier, pour imposer des normes , des critères, des inspections et, éventuellement, des peines et des amendes aux organismes privés, pour les inciter à livrer des services de qualité, est une capacité fort mince dans la réalité; en effet, dans le domaine des services socio-sanitaires, la demande, encore une fois, est beaucoup plus abondante que l'offre et que le recours à des méthodes plus rigoureuses de contrôle et d'agrément des centres d'accueil, par exemple, entraînerait une réduction encore plus grande de l'offre.[27]

4) Certaines chercheurs-es considèrent qu'il est **plus délicat de s'attaquer aux ambiguités de la privatisation de type commercial qu'à celles de la privatisation de type communautaire**.(voir entrevues avec C. Freiler et L. Hurl) . Dans ce contexte, les démarches d'enquête tant du **Social Planning Council de Toronto**, en 1983-1984, et du **Select Committee on Health,** en 1986-1987, mettent délibérémment l'accent sur le secteur privé de type commercial et oublient l'autre volet renvoyant au secteur privé de type volontaire. Plusieurs chercheurs-es considèrent que la privatisation de type commercial est plus problématique

[27] Pensons par exemple aux problèmes que suscite la fermeture d'un centre d'accueil privés à but lucratif au niveau de la relocalisation des bénéficiaires s'il n'y a pas de places disponibles dans d'autres centres d'accueil privés et publics. Ce problème s'est posé après la fermeture du foyer de soins Ark Eden en 1983 et il a eu de nombreuses implications juridiques. Cf. "Nursing home was closed unfairly, court rules", in Globe and Mail, February 12, 1986. C'est ce qui explique que le gouvernement de l'Ontario préférera mettre en en tutelle plutôt que de fermer un établissement privé qui ne respecterait pas les normes réglementaires. Cf. HURL, 1986: 5-7).

que la privatisation de type communautaire (HURL+FREILER, 1985:25) et c'est dans ce cadre que le SPC avait d'ailleurs demande, en 1984, un moratoire sur la commercialisation (MISHRA, 1987: 32). Neanmoins, certaines recherches invitent à réfléchir sur les limites et dangers liees a l'expansion des deux formes de privatisation. C'est ainsi que les critiques développés par Hurl et Tucker concernant les inconvenients qu'il y a, dans le modele ontarien a trop en demander au secteur prive, au niveau de la livraison des services, s'adressent au secteur privé de type volontaire (v.g. les CAS), tout au tant qu'au secteur privé de type commercial. Entre autres, ces deux chercheurs de l'université McMaster (cf. HURL, 1984, 1986; HURL et TUCKER, 1986a, 1986b), attirent l'attention sur la théorie du **self-interest** --ou du corporatisme-- **qui s'appliquerait aux organisations privées à but non lucratif tout autant que des organisations privées à but lucratif**. (HURL+FREILER, 1985: 25). HURL (1986:4) montre les similarites entre les deux sortes de groupes prives, tout en reconnaissant leurs différences et invite à faire attention à la vision naive voulant que les groupes volontaires bénévoles et communautaires seraient sans taches, "depourvus d'opportunisme et de self interest" (1986:4). Selon Hurl, il n'est pas toujours si facile de faire la différence entre les groupes volontaires et commerciaux au niveau entre autres de leur capacité de resister au contrôle gouvernemental. D'autres recherches ont mis en relief certains problemes qui guettent les groupes communautaires et d'entraide dans une province comme l'Ontario où le gouvernement pratique systematiquement et audacieusement la sous-traitance avec le secteur privé depuis fort longtemps.Mentionnons par exemple danger de faire devier la mission prophétique et le rôle d'***advocacy*** de certains organismes benévoles et communautaires du secteur privé à but non lucratif, en les incitant a se plier

aux priorités et créneaux gouvernementaux en échange de subventions, en les encourageant à programmer des services de tel type plutôt que de tel autre, en les invitant à entrer en compétition avec des organismes privés à but lucratif pour obtenir des contrats (JOHN HOWARD SOCIETY, 1986: 17;.GANDY, 1985: 117; MISHRA, 1987: 30-31;FREILER, 1986: 9-11).

5)La privatisation de type communautaire ressort néanmoins sous un jour plus positif que la privatisation de type commercial dans les recherches et réflexions. Elle est vue, dans une étude remarquable de la JOHN HOWARD SOCIETY OF ONTARIO (JHS) (1986), comme un levier qui pourrait permettre, si certaines conditions sont réunies, de favoriser l'amélioration et la démocratisation du secteur public:

-Elle est souvent fort accueillante à la participation communautaire dans la planification , la gestion et l'évaluation des services sociaux et elle est susceptible de conférer plus de pouvoir aux usagers dans les organismes de distribution des services (cf. JHS, 1986: 14, 29).

-"Elle aide à prévenir le développement d'abus qui ont tendance a se développer dans les situations de monopoles." (JHS , 1986: 29).

-Elle offre éventuellement à des bénévoles la possibilités d'avoir des lieux dans lesquels ils,elles ont la possibilité de vivre leurs valeurs et leurs principes (cf. JHS, 1986: 30).

6) **La privatisation s'est développé en Ontario en raison de l'influence conjuguée et de courants de droite et des courants de gauche**. La privatisation, somme toute, n'est pas seulement la resultante d'une manipulation des forces néo-conservatrices en contexte de rationalisation et de compressions budgétaires. Elle est aussi l'expression d'une demande sociale des forces transformatrices de la société : aspiration a l'autogestion; critique de l'étatisme et du bureaucratisme: aspiration au

contrôle communautaire; attrait de la désinstitutionnalisation (cf. MISHRA: 33)

7) L'idée du "**public baseline system**" reprise dans les publications de Lorna Hurl à plusieurs reprises depuis 1984 (HURL (1984: 403; 1986; HURL et FREILER, 1985; HURL et TUCKER, 1986a et 1986b) mérite un écho ici. **En optant pour le modèle du "base line system" de services sociaux, Hurl et d'autres chercheurs-es veulent tirer les leçons des inadéquations à la fois historiques et contemporaines de ce qu'ils,elles considèrent être un "quasi-public model" dans lequel le financement et l'encadrement règlementaire des services est public tandis que la livraison est privée de type commercial ou non commercial**. En optant pour le "public baseline system", Hurl et d'autres veulent se démarquer, au niveau de la livraison autant que du financement des services sociaux, à la fois d'un modele qui serait entierement public et d'un modèle dans lequel la composante publique jouerait un rôle résiduel. Aux yeux de ces chercheurs-es, le gouvernement doit réduire la dépendance de l'Etat par rapport aux Organismes non gouvernementaux (ONG), soit la dépendance qui s'instaure lorsque les ONG constituent la composante principale dans la livraison des services. A leurs yeux, en Ontario, le gouvernement devrait cesser de tout faire faire et "must move to gain control of the base line system". En d'autres termes, il doit assumer le leadership premier dans l'organisation des services (HURL et FREILER, 1985:28). Cela signifie non pas qu'il faille miser uniquement sur un systeme gouvernemental de distribution des services mais plutôt qu'il faut se tenir a l'abri de la conception de l'Etat suppletif au prive qui predomine en Ontario. En d'autres mots, il faut un "systeme multidimensionnel" dans lequel la composante publique constitue l'épine dorsale tandis que les

composantes privées assument un rôle plus complémentaire . (HURL+FREILER, 1985: 26-27).

8) **L'écart entre les organismes privés à but lucratif et les organismes privés à but non lucratif serait en voie de s'atténuer, ces années-ci, dans une conjoncture marquée par l'exacerbation de la concurrence entre le secteur commercial et le secteur volontaire pour l'obtention des contrats de sous-traitance.**[28] Cette hypothèse a été développée entre autres par Lorna Hurl dans l'entrevue qu'elle nous a accordée. D'un côté, nous faisait remarquer cette dernière, les organismes du secteur volontaire se préoccupent de plus en plus de devenir des entreprises efficaces et compétitives; à cet effet, elles hésitent de moins en moins à emprunter au monde des affaires ses experts, ses méthodes de "marketting", ses techniques de gestion, ses préoccupations de réduction de coûts et de coupures des salaires, ses pratiques de sous-traitance. Dans un tel contexte, les campagnes annuelles de la **United Way** sont de plus en plus organisées en faisant appel aux méthodes modernes de la "***charity business***"; en outre, il arrive même que certains organismes volontaires fassent appel à des professionnels de la levée de fonds qui demandent un certain pourcentage des sommes recueillies pour le financement des activités de tel organisme à but non lucratif.[29] Mais de l'autre côté, les organismes sociaux de type commercial changent aussi: ils se présentent comme des "entreprises communautaires" et s'appliquent à faire leur le langage du secteur volontaire. Au bout de la ligne, les frontières qui separent le secteur volontaire et le secteur commercial deviennent moins nettes. D'ailleurs, un

---

[28] Cette exacerbation de la concurrence est souvent attisée par les pouvoirs publics eux-mêmes, notamment par le gouvernement provincial.

[29] Lorna Hurl nous confiait que ces pratiques des "voluntary funds raisers" ont alimenté des contreverses, récemment, dans les médias ontariens.

nombre croissant de personnes du monde des affaires siegent sur les conseils d'administration des organismes volontaires, ce qui tend a demontrer que la perspective commerciale et la perspective volontaire ne sont pas deux univers contradictoires, notamment dans une conjoncture ou la privatisation se vend bien. (Cf. entrevue avec L. Hurl).

Conclusion: de l'Ontario au Québec

L'Ontario est une des provinces où la livraison des services sociaux est le plus assumée par le secteur privé --de type commercial ou volontaire-- au Canada. D'après deux économistes qui ont fait une enquête rapide sur la question, le gouvernement de l'Ontario n'assumerait le contrôle que de 43% de la livraison des services. A ce titre, ce gouvernement provincial ne serait devancé, en termes de non engagement, que par le gouvernement de la Colombie Britannique. Dans toutes les autres provinces, le gouvernement provincial serait plus substantiellement impliqué, soit à 55.7% en Alberta, 51% à Terre-Neuve, 65% en Nouvelle-Ecosse, 70.6% en Saskatchewan, 80% au Manitoba, 87% au Nouveau Brunswick, 95% au Quebec, 94% à l'Ile-du-Prince-Edouard. (RAHN et McCREADY, 1985: 626).

Ainsi, dans l'organisation des services sociaux, au niveau de la livraison des services pour le moins, le cas de l'Ontario est susceptible d'alimenter considérablement notre réflexion au Québec. En effet, a l'heure où les services sociaux publics sont fortement remis en question au Quebec et où, en consequence, les perspectives de privatisation sont presentées de façon alléchantes par plusieurs tenants de l'économie de marché, il est interessant de prendre en compte les évaluations critiques faites en Ontario de l'un des systèmes provinciaux de services sociaux les plus privés au

Canada. N'importe-t-il pas en effet, avant de privilegier la straterie ontarienne de primauté conférée au privé, de tenir compte du fait que ce type d'organisation hautement privée entraine une foule de problèmes fort discutés a l'heure actuelle?

En d'autres termes, le cas ontarien pourrait bien nous suggerer que la voie du prive, presentee comme attrayante dans certains milieux au Quebec (v.g. GOBEIL, 1986), n'est pas une sinécure. Les services sociaux ontariens, tout aussi prives qu'ils soient, ne se trouvent-ils pas caractérisés par une serie de travers majeurs --dont l'inegalité de l'accessibilite aux services d'une region a l'autre-- mis en evidence par des travaux de recherches recents sur la privatisation? Ne serait-il pas avantageux et économique, pour nous, au Quebec, de tenir compte de ces évaluations critiques du système prive ontarien avant de remettre naivement le cap sur l'option du privé?

BIBLIOGRAPHIE

APPATHURAI, Carol et LOWERY, Grant (1985), "Young sex offenders need early intervention", in OAPSW Newsmagazine, Novembre 1985, p. 3.

APPATHURAI, Carol, LOWERY, Grant et SULLIVAN, Terry (1986), "Achieving the Vision of Deinstitituionalization: A Role for Foster Care?", in Child and Adolescent Social Work, Vol. 3, No 1 (Spring 1986), pp. 50-67.

CANADIAN DAY CARE ADVOCACY ASSOCIATION (1986), Open Letter to Premier Peterson, texte transmis dans une conference de presse a Queens' Park le 12 décembre 1986, 4 p.

CASSIDY, Harry M. (1945), Public Health and Welfare Reorganization, The Ryerson Press, Toronto, 460 p.

CENTRAL TORONTO YOUTH SERVICES (1976), The Effects of Funding Structures on Services to Adolescents in Ontario. A Proposal for Re-allocation of Resources, Central Toronto Youth Services, Toronto, 48 p.

CENTRAL TORONTO YOUTH SERVICES (1979), Education and Residential Care Facilities. Education and Social Services for Children and Youth, Central Toronto Youth Services, Toronto. 55 p.

CENTRAL TORONTO YOUTH SERVICES (1982), Youth Opportunity Action. Toward Ontario's new system for young Offenders, Central Toronto Youth Services, Toronto,67 p.

CENTRAL TORONTO YOUTH SERVICES (1982), Outreach Treatment Programming. Theory and Practice of Contract Work for Troubled Adolescents, Central Toronto Youth Services, Toronto, 44 p.

CLAGUE, Michael, DILL, Robert, SEEBARAN, Roop et WHARF, Brian (1984), Reforming Human Services. The Experience of the Community Resource Boards in B. C., UBC Press, Vancouver, 321 p.

COMITE PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES (1983), Deuxieme rapport sur la violence au sein de la famille. L'enfance maltraitée, Assemblée legislative, Toronto, décembre 1983, 79 p.

COMMITTEE ON GOVERNMENT PRODUCTIVITY [COGP] (1971), Interim Report No. 3, Gouvernement de l'Ontario, Toronto.

FREILER, Christa (1986), Privatization and Commercialization, texte non publié d'une communication faite à la conférence «A New Era for Voluntarism» tenue sous les auspices du United Way de Toronto, en juin 1986, 15 p.

GANDY, John M. (1985), Privatization of Correctional Services for Adults, Faculty of Social Work, University of Toronto, August 1985, 140 p.

GOBEIL, Paul (1986) --pour Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales présidé par Paul Gobeil--, Rapports, Conseil du trésor, Québec, 47 p.

HANNANT, Joan (1987), Privatization and its Impact on Women, Prepared for National Action Committee on the Status of Women, Research Innovations, Toronto, preliminary draft.

HARVEY, Robin (1985), "Critics Want Homes Spending Made Public", in Toronto Star, Novembre 7, 1985.

HURL, Lorna F. (1984) "Privatized Social Service Systems: Lessons from Ontario Children's Services" in Canadian Public Policy, X ,4, pp. 395-405.

HURL, Lorna et FREILER, Christa (1985), Privatized Social Services: the Ontario Experience, Paper presented at Interprovincial Conference on Social Welfare, Calgary, Alta, May 1985.

HURL, Lorna F. (1986), "The Privatization of Social Services: Time to Move the Debate Along", in Canadian Public Policy, Vol. 12, No. 3 (september 1986).

HURL, Lorna F. et TUCKER, David J. (1986a), "Macdonald on Social Services: Back to the Future, Forward to the Past" in SPAN, Canadian Review of Social Policy/Revue canadienne de politique sociale, Nos 14-15 (mai 1986), pp. 130-145.

HURL, Lorna F. et TUCKER, David J. (1986b), "The Limitations of an Act of Faith: An Analysis of the Macdonald Commission on Social Services", in Canadian Public Policy, Vol 12, No 3 (september 1986).

JOHN HOWARD SOCIETY OF ONTARIO (1986), Privatization and Commercialization of Correctional Services, 46 p.

LAWS, Glenda (1986), Does Privatization Really Imply the Dismantling of the Welfare State, communication non publiée présentée aux Sociétés savantes (ACESS), à l'University of Manitoba, Winnipeg, juin 1986.

LIGHTMAN, Ernie S. (1982), "The Private Employer and the Prison Industry" in The British Journal of Criminology, Vol. 22, No 1 (January 1982), pp. 36-48.

McCREADY, D.J. (1986), "Privatized Social Service Systems: Are There Any Justifications", in Canadian Public Policy, Vol. 12 No 3 (septembre 1986).

MCSS (1974), Report on Ministry Role and Capability, (Hanson Report), MCSS, Task Force on Community and Social Services, Toronto.

MCSS (1975), Report of the Interministerial Committee on Residential Services, (Anderson Report), MCSS, Toronto.

MCSS (1980), Consultation Paper: Children's Services Past, Present and Future, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto, December 1980, 140 p.

MCSS (1983), Three Decades of Change. The Evolution of Residential Care and Community Alternatives in Children's Services, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto, November 1983, 114 p.

MCSS (1986a), A Look at the Social Environment. Selected Trends, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto, Février 1986, 24 p.

MCSS (1986b), Investing in Ontario's Future. Strategic Directions for The Ministry of Community and Social Services, MCSS, Toronto, June 1986, 31 p.

MENDELSON, M. (1979), The Administrative Cost of Income Security Programs: Ontario and Canada, Ontario Economic Council, Occasional Paper 9, Toronto, 118 p.

METRO CHILDREN'S ADVISORY GROUP (1986), Rights of Passage: A Study of the Mental Health Needs of Transitional Age Youth in Metropolitan Toronto, The Mental Health Task Force of the Metro Children's Advisory Group, March 1986, 121 p.

MISHRA, Ramesh (1987), «The Ontario Case», chapitre inédit à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y. (éditeurs), Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, printemps 1988.

MULLALY, Robert et ST-AMAND, Néré (1987), "The New Brunswick Case" chapitre inédit à paraître in ISMAEL, J. et VAILLANCOURT, Y., Privatization of Social Services in Canada, University of Alberta Press, Edmonton, printemps 1988.

NURSING HOMES RESIDENTS COMPLAINTS COMMITTEE (1986), Report to the Minister of Health the Honourable Murray Elston, Toronto, March 1986, 23 p.

ONTARIO (1982), Ontario Budget, Ministry of Treasury and Economics, Toronto, 54 p. + annexes.

ONTARIO (1983), Ontario Budget, Ministry of Treasury and Economics, Toronto, 87 p.

ONTARIO (1984), An Act Respecting the Protection and Well-being of Children and their Families, in Statudes of Ontario, 1984, Chap. 55.

ONTARIO (1986a), Ontario Budget, Ministry of Treasury and Economics, Toronto, 65 p.

ONTARIO (1986b), Province of Ontario Financial Report 1986, Ministry of Treasury and Economics, Toronto, 32 p.

ONTARIO (1986c), Background Notes on the Service Sector in Ontario, Ministry of Treasury and Economics, Toronto, May 1986, 34 p.

ONTARIO COALITION FOR BETTER DAY CARE (1986), Children are not for Profit. Stop Governement Moves to Enhance Commercial Day Care!, communiqué préparé pour une conférence de presse tenue a Queens Park le 12 décembre 1986, 3 p.

ONTARIO COALITION OF SENIOR CITIZENS ORGANIZATIONS (1986), Response to "New Agenda", Toronto, October 7, 1986, 15 p.

ONTARIO DIVISION CANADIAN RED CROSS SOCIETY (1986), Voluntarism in the 1980's in Bulletin no 1, 1986, 4 p.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH (1986), Review of Inspection and Compliance in Ontario's Nursing Homes, Ministry of Health, Toronto, July 1986, 90 p. + annexes.

ONTARIO NURSING HOME JOURNAL (1986), "Privatization and the Health Care System" in Ontario Nursing Home Journal, Vol 2, No 3 (juin 1986), pp. 12-13.

RAHN, R.W. et McCREADY, D.J. (1985), "Note on Social Service Provision in Canada", in Canadian Public Policy, XI no 3 (septembre 1985), pp. 625-629.

RESEARCH INNOVATIONS (1987), The Extent of Privatization in Health Care and Social Services in the Province of Ontario: An Analysis of the Trends, A Preliminary Research Report, Submitted to the Ontario Select Committee on Health, Toronto, January 12, 1987, 307 p.

RICHES, Graham et MASLANY, George (1983), "Social Welfare and the New Democrats: Personal Social Service Spending in Saskatchewan 1971-81", in Canadian Social Work Review, Ottawa, 1983.

SOCIAL PLANNING COUNCIL OF METROPOLITAN TORONTO (SPCMT) (1984), Caring for Profit, The Commercialization of Human Services in Ontario, SPC, Toronto, 112 p.

SPECIAL PROGRAM REVIEW COMMITTEE [SPRC] (1975, The Report of the Special Program Review --souvent appelé Henderson Report--, Gouvernement de l'Ontario, Toronto.

STODDART, Greg L. et LABELLE, Roberta J. (1985), Privatisation du systeme canadien de santé: assertions, faits, idéologie et options, publication autorisee par le Ministre de la Sante nationale et du Bien-être social, Ministre des Approvisionnements et Services, Ottawa, 110 p.

STATUS OF WOMEN CANADA (1985), Report of the Task Force on Child Care, Series 1 Financing Child Care: Current Arrangements, Minister of Supply and Services Canada, Ottawa, 233 p.

VAN HORNE, Hon. Ron (1986), Nouvelles orientations, Services de sante et services sociaux à l'intention des personnes âgées de l'Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, 1986, 24 p.

WARRIAN, Peter et al. (1986), The Human Cost of Cutbacks in Income Maintenance Programs in Ontario, 1975-1985, Sharing our Future, Ottawa, 93 p.

WILLIAMS, Clifford J. (1984), Decades of Service, A history of the Ontario Ministry of Community and Social Services 1930-1980, MCSS, Toronto, 134 p.

Conclusion générale: vers un premier bilan

A l'origine de notre démarche de recherche sur la privatisation, nous nous posions, comme bien d'autres, des questions sur le **sens** d'une éventuelle montée de la privatisation dans le domaine des services sociaux au Québec. Nous nous interrogions sur les avantages et les inconvénients du phénomène de la privatisation. Toutefois --et nous avons tenté de nous expliquer à ce sujet dans l'introduction--, **notre visée première, dans le projet de recherche que nous avons réalisé, ne pouvait pas être et n'a pas été de procéder à une analyse évaluative** des différentes pratiques de privatisation des services sociaux au Québec. Attendue la pénurie des recherches faites jusqu'à maintenant, sur la question de la privatisation au Québec, notamment dans le domaine des services sociaux, nous avons choisi délibérément, pour ne pas "mettre la charrue avant les boeufs", de **miser d'abord sur un effort d'analyse descriptive** qui permettrait de répondre à une question fort simple: y a-t-il ou n'y a-t-il pas de la privatisation dans le domaine des services sociaux présentement au Québec? Ainsi, notre principal objectif, dans cette recherche, était de **dresser un premier inventaire** des pratiques de privatisation présentement en développement au Québec. A cet effet, nous avons observé plus attentivement ce qui se passe dans trois domaines spécifiques de services sociaux, soit les services concernant les jeunes, les personnes âgées et les femmes. Au terme de cette démarche d'enquête, nous avons la possibilité d'établir un bilan préliminaire. Dans ce bilan, nous reprendrons évidemment certains des constats qui se dégagent des analyses descriptives que nous avons menées. Mais nous prendrons le risque d'aller plus loin en insérant également quelques pistes d'analyse plus évaluative sur les

enjeux. De cette façon, nous aurons la possibilité, en nous appuyant sur nos acquis au niveau de l'analyse empirique et en tenant compte des points de répère théoriques (cf. chap. 1), historiques (cf. chap. 2) et comparatifs (cf. chap. 8 sur le cas de l'Ontario) que nous avons pris soin de nous donner, de renouer avec les interrogations concernant le sens qui nous tenaillaient au point de départ. Par là, nous aurons également l'occasion de déblayer la voie pour d'autres démarches de recherche à caractère plus évaluatif.

Au terme de la présente démarche de recherche, les principaux constats et enjeux qui nous frappent, en rapport avec le phénomène de la privatisation des services sociaux au Québec, sont les suivants.

1. La privatisation constitue un enjeu.

Le premier constat fondamental qui se dégage de notre recherche, c'est que, précisément, **il y a, effectivement, des processus de privatisation en cours,** dans le domaine des services sociaux, au Québec. Ces processus se déploient dans les trois secteurs spécifiques de services sociaux examinés de plus près dans notre recherche, soit les services sociaux aux jeunes, aux personnes âgées et aux femmes. Ils appartiennent à la fois au domaine de la privatisation de type communautaire et à celui de la privatisation de type commercial.

a) Il y a des pratiques de privatisation de type communautaire. Cette sorte de pratiques de privatisation a commencé à apparaître au tournant des années 1970 et 1980, c'est-à-dire, significativement, au moment même où les compressions budgétaires se mirent à sévir avec plus de force dans le domaine des services sociaux. Elle a été mis de l'avant avec un soin particulier pendant le deuxième mandat du gouvernement du PQ de 1981 à 1985 et elle occupe moins le devant de la

scène --ce qui ne veut pas dire qu'elle a disparu-- depuis le retour du Parti Libéral au pouvoir, à la fin de l'année 1985.[1] Pour tenter d'illustrer la montée des pratiques de privatisation de type communautaire, nous nous sommes employés à établir des liens entre les deux phénomènes suivants:

D'un côté, via les compressions budgétaires, l'Etat québécois, à partir de 1979-80 et, plus particulièrement de 1981-82, s'emploie à se désengager de la livraison de services sociaux publics concernant les jeunes, les personnes âgées et les femmes (cf. chap. 3 à 7).

De l'autre côté, le même Etat s'implique, à partir justement de 1979 et au cours de la première moitiée des années 1980, dans le soutien financier d'organismes privés à but non lucratif, c'est-à-dire des organismes bénévoles et communautaires, qui dispensent des services sociaux aux jeunes, aux personnes âgées et aux femmes. Pour illustrer ce phénomène, nous avons examiné, plus particulièrement, l'apparition et l'évolution du Service de soutien des organismes bénévoles du MAS/MSSS. Nous avons constaté que le budget de ce service, quoique dérisoire en chiffres absolus --un peu plus de 25 millions $ en 1986-87--, avait augmenté à un rythme plus rapide que les budgets des autres postes du même ministère au cours des années 1979-1985 (cf. chap.3). Puis, en examinant la ventillation de ce même budget, nous avons constaté que les organismes bénévoles et communautaires soutenus prioritairement étaient des organismes bénévoles oeuvrant dans les services de maintien à domicile destinés principalement aux personnes âgées et handicapées (cf. chap. 6), des Maisons de jeunes et

---

[1] Nous avons remarqué, par exemple, que le gouvernement libéral actuel maîtrisait et utilisait, avec moins d'aisance que le précédent, les différents registres du discours communautariste (cf. chap. 3). Le Rapport GOBEIL (1986) constituait une belle illustration de cette remarque.

d'autres organismes communautaire jeunesse (cf. chap. 4), des Centres de femmes, des Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence (cf. chap. 7). Dans le domaine des Centres d'accueil de réadaptation (CAR), nous avons identifié un phénomène à la fois récent et fort contagieux: la création de fondations, c'est-à-dire d'organismes privés à but non lucratif, par les CAR qui désirent de la sorte se doter d'excroissances privées leur permettant de s'adonner à des activités qui ne pourraient pas être menées par des établissements publics.

b) Il y a aussi des pratiques de privatisation de type commercial. L'émergence de ce type de pratiques représente un phénomène plus récent que le précédent . Mais, au cours des trois dernières années, des changements accélérés se développent. Rappelons quelques indices dans les trois champs de pratique étudiés.

- Le lien entre, d'une part, la réduction, suite aux compressions budgétaires, de certaines pratiques professionnelles dispensées auparavant par et dans les établissements publics (ex.: CSS et CAR) et, d'autre part, le développement de services sociaux dispensés par des professionnels travaillant à partir de **bureaux privés** (cf. chap. 4 et 7).

- Le lien entre, d'une part, le gel, de 1981 à 1986, du développement de nouvelles places d'**hébergement pour personnes âgées** dans les CAH et les CHLD publics et, depuis trois ans, l'augmentation des places d'hébergement assumées par le secteur privé à but lucratif, notamment par les établissements privés autofinancés (CAH et CHLD) qui sont passés de 95 à 115 depuis 1983 (cf. entrevue avec L. Langlois). Le nombre de places d'hébergement dans les établissements privés autofinancés qui, de 1974-75 à 1980-81, avait baissé de 3 269 à 2 883

(baisse de 11.8%), a augmenté, de 1980-81 à 1985-86, de 2 883 à 4 446 (augmentation de 54.2%) (cf. chap. 5 et MSSS, 1986: 3-4).

-Le développement majeur, toujours dans le domaine de l'hébergement, des **résidences privées avec services (sans permis)** s'adressant à des personnes âgées non autonomes ou en voie de le devenir et de nouvelles familles d'accueil, plus près d'une réalité de petite entreprise contractuelle que d'un milieu familial substitut (cf. chap. 5).

-L'accroissement, avec la collaboration du MAS/MSSS, des CRSSS et des CLSC, de la proportion des **services de maintien à domicile** assurés par des ressources privées à but lucratif (agences de type traditionnel et coopératives d'auxiliaires familiales), comparativement à la proportion des services assurés directement par les ressources publiques. Ces transferts du secteur public vers le secteur privé, dans le maintien à domicile, s'effectue très discrètement et rapidement depuis quelques années, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, l'alourdissement de la clientèle et le gel relatif des budgets alloués au maintien à domicile par le MAS/MSSS . (Cf. chap. 6).

-Le recours accru des établissements publics au secteur privé de type commercial pour l'accomplissement de services professionnels, administratifs et auxiliaires assumés auparavant par les ressources publiques elles-mêmes. (Cf. chapitre 3 à 6 et GODBOUT, 1987).

En somme, des pratiques de privatisation nombreuses et diverses se déploient présentement dans les services sociaux au Québec. Loin de nous la prétention d'avoir apporté un point final à l'inventaire des multiples formes de privatisation en développement. D'autres recherches devront compléter, affiner et approfondir l'enquête que nous avons mise en route. Mais nous avons néanmoins fait un constat important: il y a de la privatisation et

l'existence de cette dernière témoigne d'un important changement de cap de la politique du gouvernement du Québec en rapport avec les services sociaux!

2. Sans mot dire, le gouvernement est en train de changer sa politique

Au cours de notre démarche de recherche, certaines personnes que nous avons rencontrées et interviewées ont semblé étonnées, voire agacées, de constater que la Commission Rochon avait autorisé une démarche de recherche sur la privatisation des services sociaux . A leurs yeux, il y avait là matière à étonnement, dans la mesure où la Ministre actuelle du MSSS, Madame Thérèse Lavoie-Roux, tout comme ses prédécesseurs d'ailleurs, n'a jamais fait de discours officiel favorable de façon explicite à la privatisation des services sociaux . Et ces personnes avaient en partie raison!

Il est vrai que le gouvernement libéral actuel, tout comme le gouvernement péquiste précédent, s'est montré, du moins jusqu'à présent, plutôt avare et discret, en déclarations publiques clairement favorables à la privatisation des services sociaux.[2] Mais attention! Il serait dangereux, à partir de là, de conclure que cette absence de discours officiel explicitement favorable à la privatisation signifie une stratégie gouvernementale défavorable à la privatisation. L'inventaire des pratiques concrètes de privatisation apparues ces dernières années et dont nous avons fait état dans notre rapport nous invite plutôt à penser que le gouvernement du Québec, au cours des dernières années, a commencé à effectuer un changement de

---

[2] Nous parlons plus spécifiquement du discours gouvernemental concernant la privatisation de type commercial, en considérant qu'en matière de privatisation de type communautaire, le discours gouvernemental a été plus transparent (cf. chap. 3).

politique important, mais sans le clamer bien haut, surtout lorsque la privatisation prenait la forme de la commercialisation. A ce chapitre, notre recherche nous permet d'affirmer que des changements de politique favorables à la privatisation de type commercial sont en train d'apparaître, à Québec et au MSSS, de façon plus marquée qu'on pourrait le penser à première vue .

Le changement de politique gouvernementale concernant le type de rapports à établir entre les services sociaux étatiques et les services sociaux relevant d'organismes privés à but lucratif a commencé à apparaître pendant les dernières années du deuxième mandat du PQ, notamment sous l'influence de Pierre-Marc Johnson.[3] Dans ce dossier comme dans plusieurs autres, le gouvernement libéral profita du fait que le gouvernement précédent, sur ses derniers milles, avait déjà commencé à préparer le lit, dans lequel il ne lui resterait, par la suite, qu'à s'étendre de tout son long! Le tournant politique favorable à la privatisation devait cependant prendre toute son ampleur avec le retour des libéraux au pouvoir. Depuis, les anciennes politiques par rapport aux établissements privés à but lucratif n'ont pas été officiellement désavouées. Par exemple, le moratoire concernant les permis aux établissements privés à but lucratif n'a jamais été levé et la politique de maintien à domicile de 1979 n'a jamais été officiellement abandonnée. Les nouvelles politiques n'ont pas été ouvertement proclamées. Officiellement, certaines hypothèses concernant la privatisation dans le domaine de

---

[3] Dans une entrevue accordée en septembre 1985 à Louis Falardeau, Pierre-Marc Johnson, alors Premier ministre, avait déclaré: "On pourrait par exemple remettre en partie l'hébergement des personnes âgées au privé. Ce n'est pas un péché mortel que des gens fassent du profit avec ça pourvu que l'Etat exerce un contrôle. Et on a les infrastructures qu'il faut." (FALARDEAU, 1985).

l'hébergement (MSSS, 1986) sont à l'étude dans l'entourage de la Ministre Lavoie-Roux et le processus de réflexion traîne en longueur. Dans la même veine, les apparences ne pourraient-elles pas laisser croire que le Rapport GOBEIL (1986), dont la problématique était si favorable à la commercialisation des services publics (cf. chap. 3), constituait un éphémère feu d'artifice qui, une fois l'été passé, connut peu de suites dans les décisions du cabinet et s'avéra n'être représentatif que de l'opinion personnelle d'un seul ministre!

Et pourtant, dans la réalité, de jour en jour et de mois en mois, les choses changent sur le terrain des services sociaux . Des gestes compromettants sont posés. De nouvelles perspectives et formes de collaboration entre l'Etat provincial (ou les établissements du réseau public) et les représentants du secteur privé à but lucratif sont introduites, au nom du pragmatisme. Dans les faits, le moratoire est fort malmené, voire levé, sans qu'on le dise. La nouvelle politique n'est pas déclarée, mais elle est faite au jour le jour, comme par l'addition de glissements et de grignotages successifs.

3. Comment expliquer que le gouvernement demeure si discret au sujet de ses intentions en matière de privatisation des services sociaux?

Dans la conjoncture actuelle, il y a un certain nombre de facteurs qui amènent des personnes favorables à la commercialisation des services sociaux à agir dans la discrétion et, si possible, à favoriser l'option de la privatisation sans le dire. Retenons-en trois.

a)Au point de départ, les adeptes de la privatisation le moindrement informés, au sujet de l'histoire des services sociaux au Québec, savent,

précisément, que **l'héritage historique**, dans le domaine, est fort délicat à gérer et qu'il suffirait de peu de maladresses pour "réveiller des morts". L'expérience des services sociaux à but lucratif des années 1950 et 1960 a laissé des souvenirs plutôt mauvais et traumatisants et les points de répère que nous avons rappelés au chapitre 2 nous aident à comprendre pourquoi. Les politiciens, bureaucrates, entrepreneurs, gestionnaires, professionnels et autres qui seraient sympathiques, aujourd'hui, à un élargissement de l'espace occupé par les services sociaux de type commercial, dans l'organisation des services, et qui ne seraient pas devenus amnésiques, savent qu'il est préférable de ne pas être trop volubile et d'éviter de faire des vagues . C'est d'ailleurs dans un tel contexte que les mémoires présentés à la Commission Rochon par des organismes tout à fait favorables à la privatisation de type commercial font bien attention pour formuler leurs revendications en faveur de l'augmentation de l'importance du secteur privé à but lucratif d'une manière qui ne paraisse pas trop gourmande. Ces mémoires prennent bien soin de rappeler qu'"il n'est pas question de faire disparaître le secteur public ,mais plutôt de faire place à plus de mixité et de diversité; cela signifie, bien entendu, faire plus de place dans le système au secteur privé et lui simplifier la vie en dé-règlementant. Ainsi, la CHAMBRE DE COMMERCE DU QUEBEC "propose simplement d'ouvrir le système québécois de la santé [et des services sociaux dans la même foulée] à la concurrence, à l'expérimentation et à la diversité."(1986: 10). Le CPQ est encore plus subtil: après avoir réitéré son attachement aux principes d'accessibilité et d'universalité, il préconise d'"introduire dans le système public de santé [et, dans la même foulée, de services sociaux] des éléments de privatisation" et recommande, notamment: "Que la Commission évalue la possibilité d'octroyer plus facilement des permis d'exploitation à des centres

d'accueil et des hôpitaux privés qui négocieraient des offres de services avec le système public tout en respectant les normes du ministère des affaires sociales." (CPQ, 1986: 33 et 35; voir aussi ACHAP, 1986.)

2)Il y a un autre facteur qui joue: la campagne générale menée bruyamment en faveur de la privatisation des sociétés d'Etat par l'actuel gouvernement, depuis son arrivée au pouvoir en 1985, a généré **un climat politique et idéologique global** qui ne manque pas d' avoir un impact quotidien sur les attitudes et les pratiques de privatisation dans le domaine des services sociaux. Comme nous le confiait, avec son langage direct et imagé, Richard Dufour qui entra au ministère de la santé en 1962 et fut sous-ministre adjoint au MAS sous Forget, Lazure et Johnson:

> Arrive un nouveau gouvernement et une pensée différente. Ca, c'est extrêmement important. Le gouvernement ne pense pas de la même façon et, devant certains événements, ne réagit pas de la même façon, parce que ce sont pas les mêmes "atomes" qui pensent! Et la privatisation au niveau de l'industrie [et des sociétés d'Etat] c'est une chose. Mais tu peux pas appliquer la philosophie pro-privatisation sectoriellement. C'est une mentalité plus gourmande que ça. Les gens qui sont contre la privatisation, à la limite, peuvent accepter la privatisation de l'industrie. Mais les gens qui sont pour la privatisation en général peuvent plus difficilement accepter de ne pas privatiser certaines choses. (Entrevue avec R. Dufour)

L'impact de ce facteur n'est pas aisé à mesurer. Son importance n'en demeure pas moins cruciale: dans un contexte traversé par un fort vent idéologique en faveur de la privatisation de type commercial et des vertus de la régulation par le marché, la discrétion de la direction du MSSS, concernant sa politique en matière de privatisation des services sociaux,

favorise la dérive des politiques quotidiennes dans la direction de la privatisation.

3) Ajoutons un troisième et dernier facteur, **le penchant de plusieurs hauts fonctionnaires et gestionnaires d'établissements publics en faveur de la privatisation de type commercial**. C'est un fait: pendant que la direction du MSSS se tient plutôt coite et s'emploie à agir sans trop parler, un nombre étonnant de bureaucrates du MAS/MSSS et de gestionnaires du réseau public --sans oublier un certain nombre d'intervenants sociaux-- agissent à la manière de complices de la privatisation de type commercial. Ces personnes agissent de la sorte, tantôt avec enthousiasme, tantôt à reculons. Elles se trouvent, de toute façon, coincées et dotées d'une faible marge de manoeuvre. Exposées quotidiennement au courant idéologique favorable à la privatisation, acculées à se débrouiller constamment avec l'exiguité des ressources budgétaires et humaines amenée par le cortège des compressions budgétaires, débordées de toutes parts par la montée des demandes sociales auxquelles les ressources publiques s'avèrent incapables de répondre, elles n'ont guère le choix. Elles doivent, avec goût ou répulsion, transférer vers le secteur privé les fardeaux de tâches que le secteur public est incapable d'assumer ou que le secteur privé peut assumer à moindres coûts. C'est ce qui se passe, notamment, dans les domaines de l'hébergement et des services de maintien à domicile concernant les personnes âgées et handicapées (cf. chap. 5 et 6). C'est dans un tel contexte qu'il est possible d'interpréter les propos plutôt sympathiques à la privatisation de type commercial, qu'on retrouve dans les mémoires présentés à la Commission Rochon, soit par l'ASSOCIATION DES ADMINISTRATEURS DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC (1986 : 17), soit par l'ACSSQ (1986: 70-73).

C'est dans un contexte semblable qu'on peut expliquer l' hésitation et l'ambivalence de l'ACAQ sur la même question, laquelle, pourtant, interpelle fort concrètement cet organisme représentatif des Centres d'accueil publics (1986: 52-54 et 206). C'est ici, également, que prend toute sa signification, l'attrait exercé par les scénarios de privatisation de type commercial sur certains CRSSS, dont ceux de Montréal Métropolitain et de la Montérégie.[4]

4. Quelques inquiétudes au sujet de la privatisation

Tout en demeurant fort conscients-es que le type de recherche mené ne nous autorise pas à entreprendre une évaluation systématique des pratiques de privatisation, il nous apparait nécessaire et légitime, à ce stade-ci de notre démarche, de partager un certain nombre de questions et d'inquiétudes concernant les enjeux actuels de la privatisation. Plusieurs de ces questions et inquiétudes jaillissent spontanément de la confrontation des faits observés avec certains enseignements tirés à la fois de l'héritage historique québécois (cf. chap. 2) et de l'expérience ontarienne (cf. chap. 8). D'ailleurs, reconnaissons-le, nous avons été frappés-es de découvrir la convergence entre, d'une part, certains problèmes générés présentement au Québec par l' émergence de pratiques de privatisation et, d'autre part, la récurrence de ces mêmes problèmes dans l'organisation, si privée, des services sociaux qui

---

[4] Le CRSSS DE LA MONTEREGIE apparait comme l'un de ceux qui adopte l'une des positions les plus articulées et sympathiques aux perspectives de privatisation de type commercial. Dans son rapport annuel 1985-86 (1986: 56) ce CRSSS écrivait ceci: "La rareté des ressources de maintien à domicile, le vieillissement rapide de la population et le manque de ressources dans les centres d'hébergement publics nécessiteront un accroissement important des ressources privées mais aussi une vigilance et un encadrement proportionnel de la part du Conseil régional."

prévalait hier dans la société québécoise d'avant la réforme et qui prévaut, encore aujourd'hui, dans la société ontarienne contemporaine.

Nos interrogations peuvent être regroupées en trois catégories: il y a, premièrement, celles qui se réfèrent à la privatisation prise de façon globale, deuxièmement, celles qui se réfèrent plus spécifiquement à la privatisation de type commercial et, troisièmement, celles qui concernent la privatisation de type communautaire.

a) Quelles soient de type commercial ou communautaire, les différentes pratiques de privatisation, par delà les différences de nature qui les rendent sur plusieurs points difficilement comparables, confinent, les unes autant que les autres, à une **érosion de ce système dans lequel l'épine dorsale demeure publique et étatique --i.e. un "public base line system"--** , au niveau de la livraison et de l'administration des services. Il nous semble que ce système, doté d'une épine dorsale publique, représente précisément le coeur de la demande sociale qui s'est développée au Québec pendant les années 1950 et 1960, qui a été reprise à son compte par la Commission Castonguay-Nepveu et qui a préparé la réforme des années 1970. Il nous semble, également, que l'absence de cette épine dorsale publique représente, dans l'organisation contemporaine des services sociaux ontariens, une grave lacune qui occasionne toute une série de problèmes **d'équité, d'accessibilité et d'universalité des services** qui ressemblent étrangement à certains problèmes expérimentés dans le Québec d'avant la réforme. Nous sommes d'accord avec les avantages représentés par la présence de services sociaux privés de différentes formes pour que le secteur public ne soit pas monopoliste et pour que le privé puisse jouer le rôle de secteur témoin, voire d'aiguillon. Mais nous craignons que les avancées de la privatisation, dans une province comme la nôtre, où

l'équilibre demeure fragile entre les secteurs public, privé de type commercial et privé de type communautaire, ne tardent pas à nous ramener en arrière au sujet du maintien d'un ensemble de services sociaux de qualité et accessibles, indépendamment des régions du Québec et des quartiers des grandes villes. Lorsque des personnes, de leur propre initiative, mettent sur pied des entreprises privées de services sociaux à un lieu donné et à un moment donné, ces entreprises, qu'elles soient de type commercial, coopératif, communautaire, ont de grandes chances de quadriller de façon inégale le territoire, tant en termes qualitatifs que quantitatifs.

Il y a également un autre problème qui surgit, lorsque les pratiques de privatisation de différentes formes se développent dans une société donnée. Nous faisons référence au **problème de l'exacerbation de la compétition entre les divers organismes** pour obtenir de l'Etat des contrats, des subventions, des ressources, des appuis, etc.. En contexte de compressions budgétaires, les seules ressources disponibles apparaissent souvent être dans le jardin des autres. Pour avoir de l'argent du gouvernement, il faut convaincre ce dernier de la capacité de faire mieux et à meilleur prix, dans le domaine, que les autres compétiteurs, que ces derniers soient publics, privés à but lucratif, ou privés à but non lucratif. A mesure qu'augmente la part des services sociaux dispensés par des organismes privés subventionnés ou financés par contrats par l'Etat, augmentent en même temps les occasions de concurrence qui incitent les organismes privés à déployer une part croissante de leur énergie à se vendre. Cela implique que plusieurs groupes consacrent une énergie accrue au lobbying, au marketing, aux relations publiques. Cela entraîne souvent une augmentation de la méfiance entre les groupes et amenuise les possibilités de collaboration entre les divers organismes privés et publics. Si

bien, que les rapports quotidiens entres les organismes publics et privés deviennent envenimés, même si tout le monde parle de complémentarité et de partenariat. Tout cela risque également de contribuer à réduire l'écart qui sépare les organismes de type commercial et les organismes de type communautaire, comme nous l'avons vu en référence à l'expérience ontarienne : d'un côté, les organismes privés de type commercial, oeuvrant dans les services sociaux, s'efforcent de présenter une image communautaire et humanitaire; de l'autre, les organismes privés de type communautaire tentent de présenter une image de bons gestionnaires soucieux de prendre en compte les exigences et les lois du marché.

b)En référence plus spécifique aux pratiques de privatisation de type commercial, nos interrogations s'apparentent à une mise en garde. Faute de pouvoir disposer de données et d'analyses exhaustives issues de recherches évaluatives, nous ferions preuve d'imprudence en versant dans des jugements péremptoires. Mais, d'ici à ce que nous disposions de telles évaluations, il serait hautement hasardeux et périlleux d'ouvrir la porte au développement de nouveaux services sociaux dispensés par des organismes privés à but lucratif. Une grande prudence nous est commandée par la prise en considération de notre héritage historique et des expériences en cours dans d'autres provinces qui, telles l'Ontario et l'Alberta, ont toujours eu un fort penchant pour le recours aux organismes privés à but lucratif.

Les problèmes liés à la privatisation de type commercial des services sociaux sont fort classiques. Ils ont été fort bien identifiés par la Commission Castonguay-Nepveu (Volume VII, Tome I) et ils se retrouvent au coeur du débat actuel sur les "nursing homes" privés en Ontario. Ils ont trait, dans le domaine des services sociaux, au difficile mariage entre le mobile du profit et la dispensation de services de qualité aux bénéficiaires (cf. GODBOUT,

1987). Ils renvoient également à l'écrémage des clientèles, aux conditions de travail pénibles des employés-es souvent non syndiqués-es, à la compétence professionnelle de la main-d'oeuvre, à l'accessibilité des services d'une région à l'autre, à l'allergie des entrepreneurs envers la règlementation (les normes) et les procédures d'agrément, à la résistance des entrepreneurs aux mesures étatiques de planification à long terme, à la marginalisation souvent totale des employés-es et des bénéficiaires, par rapport à la participation à la direction de l'entreprise et à la programmation des services.

En somme, nous avons eu l'occasion de l'illustrer abondamment dans les chapitres qui constituent le coeur de notre rapport, notamment dans les chapitres 5 et 6 concernant les services sociaux aux personnes âgées, les établissements privés à but lucratif se comportent, tout à fait naturellement, à la manière d'entreprises de services soucieuses, d'abord et avant tout, de répondre à des **demandes solvables**. C'est ainsi qu'elles ont plus d'empressement pour l'hébergement que pour la réadaptation, pour les personnes âgées ou handicapées en perte légère d'autonomie plutôt que pour les cas lourds, pour de grandes régions urbaines à forte concentration de la population --notamment la région montréalaise et ses environs-- que pour des régions éloignées et rurales à faible concentration de la population, pour les bénéficiaires dotés d'une capacité de payer plutôt que pour les plus pauvres, etc. C'est ainsi, également, qu'elles ont tendance à conserver de façon durable les clientèles solvables une fois qu'elles les ont dénichées, tendance qui encourage la dépendance des bénéficiaires et renforce l'attrait pour les stratégies d'institutionnalisation (cf. D'AMOURS, 1986; METHOT, 1987).

Quant à la dimension économique, elle n'est pas difficile à comprendre: les seules économies que les organismes privés à but lucratif peuvent faire à

long terme, par rapport aux organismes publics, sans empiéter sur la qualité des services et sans porter atteinte aux conditions de travail décentes et raisonnables des employés-es, sont celles qui peuvent être faites avec les cadres en réduisant leur nombre et leurs privilèges. (cf. entrevues avec D. Lazure et avec R. Dufour).

Nous connaissons la réponse apportée fréquemment par plusieurs défenseurs du privé de type commercial à la liste des problèmes soulevés ci-dessus: pour empêcher les abus et favoriser le respect de standards qui garantissent la qualité des services, il n'est pas nécessaire que l'Etat s'implique lui-même, de façon directe, dans la livraison, l'administration et la propriété des services; ce même Etat peut tout aussi bien, en définissant des normes et en établissant des procédures d'enquête pour les faire respecter, amener les organismes privés à respecter ces normes. Toutefois, cette réponse ne nous impressionne pas, surtout dans une conjoncture où les défenseurs de la commercialisation des services se trouvent, en même temps, à chanter sur tous les toits les vertus de la dé-règlementation et de la régulation par marché. L'expérience québécoise et celle de l'Ontario, comme nous l'avons vu dans les chapitres antérieurs (cf. chap. 5, 6 et 8), nous invitent à comprendre comment, dans un contexte où la demande de services dépasse de beaucoup l'offre publique (v.g. la situation dans l'hébergement et le maintien à domicile), il est difficile de demander à des fonctionnaires de demeurer longtemps vigilants, rigoureux et conséquents, dans la mise au pas des organismes privés qui refusent de respecter les normes. En guise d'illustration, qu'il suffise de rappeler un exemple fort simple: si tel centre d'accueil privé était fermé, où pourrait-on relocaliser les bénéficiaires, au moment où la liste d'attente pour l'hébergement comprend des milliers d'autres noms? Cette interrogation n'est pas uniquement fictive. Elle a été

vécue ces dernières années en Ontario et elle a laissé des séquelles traumatisantes qui ne sont pas de nature à rehausser le zèle des enquêteurs des services d'agréments ontariens.

Au moment où la direction du MSSS semble faire preuve de mollesse, voire de bienveillance, présentement, par rapport à des scénarios de privatisation de type commercial (cf. MSSS, 1986), il nous semble qu'elle devrait prendre en compte les interrogations soulevées ci-dessus. En somme, le moratoire concernant le développement de nouveaux établissements privés à but lucratif, mis de l'avant au MAS pendant les années 1970, était empreint d'une grande sagesse. En conséquence, il faudrait y penser à deux fois avant de lever ce moratoire, surtout si cela devait se faire en cachette.

c) En référence plus spécifique aux pratiques de privatisation de type communautaire, nous entretenons des interrogations fort distinctes de celles soulevées en rapport avec le secteur privé commercial. Ces interrogations n'en demeurent pas moins importantes et lancinantes, même si nous les évoquerons de façon plutôt superficielle ici.

Au point de départ, reconnaissons-le: de façon générale, **nous éprouvons beaucoup de sympathie à l'endroit des organismes bénévoles et communautaires et nous appuyons assez spontanément les axes centraux des analyses et revendications que plusieurs d'entre eux ont livrés dans leurs mémoires présentés à la Commission Rochon**. Nous considérons qu'un grand nombre de ces organismes ont apporté, au cours des dix dernières années notamment, une contribution d'une richesse inestimable au renouvellement des pratiques sociales, contribution dont ont bénéficié l'ensemble des services sociaux québécois et cela, en dépit du fait que plusieurs de ces

organismes ne se considèrent pas spontanément comme faisant partie du monde des services sociaux. Avec bien d'autres, nous trouvons que les organismes bénévoles et communautaires se trouvent présentement **coincés** entre, d'un côté, le discours flatteur et valorisant que l'Etat québécois tient à leur sujet depuis la fin des années 1970 en particulier (cf. chap. 3) et, d'autre part, le peu de moyens matériels concrets, que le même Etat met à leur disposition pour les soutenir et leur permettre de poursuivre leur travail. Les chapitres centraux de notre rapport sur les services sociaux aux jeunes, aux personnes âgées et aux femmes ont contribué à mettre en évidence, jusqu'à quel point les organismes communautaires et bénévoles, oeuvrant dans ces domaines, ont raison de se plaindre de la fragilité de leur mode de financement et de l'instabilité dans laquelle les maintient l'Etat d'année en année, en refusant de s'engager à leur endroit de façon généreuse, durable et statutaire (cf. D'AMOURS, 1987). Ils nous ont permis de constater, également, combien l'identité même des organismes communautaires et bénévoles se trouve constamment menacée par les critères, procédures, attitudes et comportements qui vont de pair avec la stratégie de la "complémentarité", impulsée par plusieurs fonctionnaires et gestionnaires publics ainsi que par bon nombre d'établissements publics, notamment les CRSSS (Cf. REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DE MONTREAL METROPOLITAIN, 1986; RMJQ, 1986; ROCJMM, 1986; SERVICE DE SOUTIEN AUX ORGANISMES BENEVOLES, 1986; FCABQ, 1986; L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC, 1986; CANTIN, 1986). En conséquence, nous trouvons fort pertinente et légitime, la revendication qui circule de plus en plus, en provenance du milieu des organismes communautaires et bénévoles, à l'effet que le MSSS devrait accepter le principe de consacrer annuellement

1% de son budget au soutien financier des organismes communautaires et bénévoles.

Mais notre position favorable au soutien des organismes communautaires et bénévoles ne doit pas être comprise ici comme un encouragement à intensifier la privatisation de type communautaire au sens où nous l'avons définie dans notre rapport (cf. chap. 1.), c'est-à-dire d'une façon qui entraînerait, en contre partie, l'intensification du démantèlement des services sociaux publics. Cela, à long terme, risquerait de placer de plus en plus les organismes du secteur privé communautaire dans une position de sous-traitants incités à se rabattre sur des priorités et des formes de services qui ne feraient que pallier aux déficiences d'un secteur public en voie de se ratatiner et de se rétrécir comme une peau de chagrin.

Ajoutons qu'en tirant partie de certaines réflexions ontariennes sur le **développement de la "Charity business"** (cf. chap. 8), nous sommes amenés à nous demander, si, au Québec tout comme en Ontario, nous n'assisterions pas présentement à une sorte de glissement qui amènerait certains organismes identifiés à l'univers des organismes bénévoles et communautaires, à calquer de plus en plus leurs pratiques sur les modes de fonctionnement empruntés au monde des affaires. L'évolution de Centraide Montréal qui met le cap de plus en plus nettement sur l'augmentation de la productivité de sa campagne de financement dans le but de concurrencer les levées de fonds des United Way d'autres villes comparables à Montréal en Amérique du Nord, dont Toronto et Washington, donne à réfléchir en ce sens. Certains documents produits par CENTRAIDE MONTREAL (cf.1986a et 1986b) demeurent fort intéressants. Mais, pour combien de temps la logique communautaire qui les inspire demeurera-t-elle harmonisable avec la logique plus affairiste qui préside à la planification, à l'organisation et à la

réalisation des levées de fonds annuelles? Certaines entrevues que nous avons faites ont hautement contribué à nourrir notre questionnement à ce sujet (cf. entrevues avec J. Lessard et H. Goulet).

5. Pour dépasser les pièges des comparaisons boiteuses entre les services sociaux publics et privés dans la présente conjoncture.

Par les temps qui courent, l'action étatique, les services publics et, plus particulièrement, les services sociaux publics "ont la vie dure" et, parfois, injuste et ingrate. Le phénomène déborde le Québec et l'Amérique du Nord, au point où, en France par exemple, un article récent était titré: "offensive contre le service public" (REGOURD, 1986). Dans la mesure où, comme nous l'avons souligné (cf. chap. 1), le phénomène de la privatisation représente l'envers de l'étatisation, il est difficile de réfléchir sur les enjeux de la privatisation, sans s'arrêter sur ceux qui renvoient à l'évolution du rôle de l'Etat et des services publics.

La réflexion sur les services sociaux publics et, surtout, sur l'avenir qu'on leur réserve, n'est pas des plus aisées à articuler, dans la mesure où ces services sont critiqués à la fois par les forces conservatrices et les forces de changement dans nos sociétés. Pour s'en convaincre, qu'il suffise de rappeler que la charge anti-étatique a été véhiculée, lors des assises publiques de la Commission Rochon, tant par des organismes patronaux que par des organismes bénévoles et communautaires et cela avec des registres bien différents, il faut bien le souligner!

En évitant de nous porter inconditionnellement à la défense des services sociaux publics, nous voulons tout de même souligner que, **fort souvent, dans la présente conjoncture, les comparaisons entre le secteur public et le secteur privé qui sont véhiculées s'avèrent**

fort boiteuses et réductrices et contribuent à faire apparaître certaines tares des services sociaux publics, notamment leur enflure bureaucratique et leur imperméabilité à la participation des citoyens et des producteurs de services, comme des tares structurelles et indéracinables liées à l'essence même des services sociaux publics.

Précisons que, tout au long de notre recherche, notre équipe a porté un questionnement soutenu et intense sur la possibilité et les conditions d'un possible renouvellement en profondeur des pratiques sociales dans les services sociaux publics. Nous n'avons pas la prétention d'avoir pu dégager une réponse claire, assurée et approfondie à ce questionnement. Mais, disons qu'il y a quelque chose en nous qui nous incite à résister à la tentation d'entériner certaines représentations à la mode concernant les défauts irrémédiables des services publics. Par exemple, nous hésitons à faire nôtres certaines positions théoriques qui, en s'appuyant souvent sur la réalité empirique actuelle, soit les énormes déceptions suscitées les pratiques sociales issues du secteur public et les espoirs alimentés par les pratiques sociales issues de certains organismes du secteur privé, notamment du secteur privé communautaire, finissent par transmettre une image négative du public en soi et positive du privé en soi.

Nous pensons notamment à certaines analyses issues parfois des organismes communautaires et bénévoles et dans lesquelles le secteur public est associé à la bureaucratie, à la dépendance , à la sclérose, à l'insensibilité aux besoins humains, tandis que le secteur privé est associé à la démocratie, à la responsabilisation, à la prise en charge, à l'innovation, à la proximité de l'humain et des besoins. (cf. CENTRAIDE MONTREAL, 1986b; REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DE MONTREAL METROPOLITAIN, 1986; RMJQ,

1986; MASSON, 1985; GUAY, 1987). Encore une fois, la force de ces analyses et de ces représentations vient de ce qu'elles renvoient, en positif et en négatif, à de nombreuses situations concrètes qu'il est possible de photographier dans la réalité actuelle. Toutefois, leur faiblesse pourrait provenir de ce que la réalité observée est transformable et que, éventuellement, si certaines conditions étaient réalisées, il se pourrait que l'on voit émerger, dans les services sociaux publics, plus de démocratie, plus de responsabilisation, plus de renouvellement des pratiques, plus de communautaire, plus de préventif, moins de bureaucratie, etc.

Chose certaine, celles et ceux d'entre nous qui s'obstinent à penser qu'une relance de la réforme des services socio-sanitaires serait possible si un véritable coup de barre était donné, --notamment en favorisant une véritable démocratisation -- risqueront de passer de plus en plus, pour des utopistes et des "huluberlus", si l'évolution historique des services sociaux publics des prochaines années ne leur donne pas plus raison. La comparaison entre ce qui se passe dans le secteur public et dans le secteur privé a beau être déloyale jusqu'à un certain point, il n'en demeure pas moins qu'elle frappe : d'une part, dans les services sociaux publics, avec les compressions budgétaires et les fermetures de postes, la porte est fermée à double tour pour l'embauche d'intervenants sociaux jeunes, nouveaux, prêts à prendre des risques pour introduire de nouvelles idées, secouer les scléroses et les léthargies, provoquer des courants d'air, quoi; en même temps, les intervenants plus vieux et plus anciens doivent, même quand ils ont perdu la flamme, s'aggriper à leur poste, vieillir ensemble et s'exposer de plus en plus au plafonnement et à l'épuisement professionnels, etc. Pratiquement, les établissements publics sont en train de s'apparenter à des communautés religieuses où les membres sont acculés à vieillir

tranquillement ensemble, parce qu'il n'y a plus de vocations qui entrent! Et pendant ce temps, certains organismes privés de type communautaire surtout et de type commercial, occasionnellement, constituent les seuls organismes d'intervention sociale où les portes sont ouvertes à l'apport des jeunes intervenants, des nouveaux diplômés, des théories nouvelles, etc. Alors, comment se surprendre si les perspectives de renouvellement des pratiques sociales se concentrent si souvent dans ces organismes privés et germent si péniblement et parcimonieusement dans les organismes publics?

La relecture tendancieuse de notre héritage historique, dans le domaine des services sociaux, constitue un autre facteur qui, souvent, contribue à encourager la "caricaturisation" de la comparaison privé-public. Ici encore, l'occultation de certaines facettes de notre héritage, même lorsqu'elle est faite de bonne foi, contribue à la construction de réprésentations qui nourrissent l'attrait de la privatisation et la méfiance du secteur public. Nous faisons référence à un type de relecture que l'on peut retracer dans plusieurs mémoires présentés devant la Commission Rochon (CENTRAIDE DE MONTREAL, 1986b; REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DE MONTREAL METROPOLITAIN, 1986; SERVICE DE SOUTIEN AUX ORGANISMES BENEVOLES DU MSSS, 1986;). Dans ce type de relecture, on rappelle à grands traits l'histoire de la réforme de façon à suggérer trois séquences: 1. avant la réforme, les organismes bénévoles et communautaires étaient florissants; 2. pendant les premières années de la réforme, l'Etat et les services publics ont pris toute la place en marginalisant et dévalorisant les organismes bénévoles et communautaires; 3. à partir de la fin des années 1970, on a découvert les limites de l'étatisme et les organismes bénévoles et communautaires ont recommencé à se multiplier et à s'accaparer une plus

belle place sous le soleil.[5] Cette lecture renvoie à une partie de la réalité historique. Toutefois, elle cache ou minimise certains éléments. Notamment, elle oublie de nous rappeler jusqu'à quel point, avant la réforme, les organismes privés de type bénévole et communautaire se trouvaient conviés à une sorte de mission impossible, tellement l'Etat québécois leur laissait toute la place pour s'occuper des problèmes sociaux. Elle oublie également de souligner jusqu'à quel point l'intervention de l'Etat et l'aménagement d'un système de services sociaux dans lequel la composante publique constituerait l'épine dorsale (le "public base line system") furent l'objet de demandes et de luttes sociales; cet objet devait être conquis à travers la réforme, suite à des luttes démocratiques; ces dernières, à l'époque, étaient traversées par une forte prise de conscience des limites du privé, lorsqu'une société s'obstine à tout lui demander et à trop lui confier! Peut être que si ces données historiques étaient mieux prises en considération, aujourd'hui, il serait plus facile de critiquer le secteur public en évitant de "jeter le bébé avec l'eau du bain" et de faire preuve de moins de naiveté devant les chantres de la privatisation!

Dans le même sens, il pourrait être intéressant de pousser davantage la réflexion sur **les leçons de l'expérience ontarienne**. Voilà, justement, une province voisine où le scénario de la privatisation de type commercial a

---

[5] Par exemple, dans un ouvrage publié récemment, Jérôme GUAY écrit en reprenant un thème qui lui est cher: "Or, force nous est de constater que les bureaucraties mises en place par l'Etat-providence ont abouti à un échec monumental, ainsi qu'en témoignent les hausses constantes des taux de criminalité, d'hospitalisation psychiatrique, de violence familiale, etc. Il y a plusieurs raisons pour expliquer cela, d'abord le fait que l'instauration de l'Etat-providence a inhibé l'esprit d'entraide des citoyens." (GUAY, 1987: 104). Jérôme Guay a en partie raison. Mais il serait intéressant de connaître son analyse du degré de débordement et de saturation des possibilités de l'aide naturelle dans le Québec des années 1950!

été mis en oeuvre plus intensivement qu'au Québec, notamment dans l'hébergement des personnes âgées. Cette recette ne semble pas avoir donné de miracles; elle semble même, présentement, être à la source de plusieurs problèmes et débats (cf. chap. 8).La référence au cas ontarien pourrait nous permettre d'éviter un raccourci attrayant mais trompeur: ce raccourci consisterait à penser que la solution aux problèmes graves, encourus présentement dans le système québécois largement public de services sociaux, passe par le recours systématique aux services privés, qu'ils soient à but lucratif ou non lucratif. Mais, il y a là un mirage à exorciser: l'Ontario a fait le choix, depuis longtemps, de s'appuyer fondamentalement sur le privé et, pourtant, les services sociaux ontariens n'ont rien d'idyllique. Au contraire, ils renvoient à une brochette de problèmes qui valent bien les nôtres. Donc, pensons-y à deux fois, avant de nous calquer sur l'Ontario!

Dans le prolongement des réflexions qui précèdent, nous tenons à réaffirmer, même brièvement, que **l'enjeu principal demeure le renouvellement des pratiques sociales, tant dans le réseau public que dans le secteur privé à but non lucratif**. Nous avons eu l'occasion de le mentionner à quelques reprises, le renouvellement des pratiques implique, entre autres, une courageuse **démocratisation des organismes et des services sociaux publics**. Une telle démocratisation deviendrait davantage possible si les établissements de services sociaux publics acceptaient de prendre plus de distance du modèle qu'on retrouve dans le secteur privé à but lucratif et de s'inspirer davantage de celui qu'on retrouve dans plusieurs organismes privés de type communautaire. Nous faisons ici référence à un modèle dans lequel, avec le consentement et le soutien actifs de gestionnaires ouverts, il y de la place pour une jonction nouvelle et créatrice à rechercher entre, d'une part, les apports des producteurs (qu'ils

soient salariés ou bénévoles, professionnels ou pas) et, d'autre part, ceux des consommateurs de services. Il nous semble, aussi, que le renouvellement des pratiques passera par l'aménagement de lieux nouveaux qui permettront l'interface entre le meilleur de la créativité issue du monde des organismes bénévoles et le meilleur de la créativité issue d'autres mouvements sociaux, sans exclure les contributions en provenance du monde syndical. Ces scénarios ne sont pas des productions qui relèvent uniquement de l'esprit. On les retrouve en gestation dans différents lieux et expériences de concertation où "le monde d'en bas" concerné par les services sociaux, cherche, en respectant la pluralité des sujets qu'il représente, à développer et à pousser de nouvelles stratégies d'action sociale. Ces perspectives font présentement du chemin dans la société québécoise. Elles laissent des traces prometteuses dans les délibérations de certains organismes représentatifs du milieu syndical et du milieu communautaire et bénévole (cf. CSN, 1987; CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC, 1987). Elles se retrouvent au coeur de plusieurs dynamiques de coalition qui ont mis ensemble ces dernières années des organisations communautaires, syndicales, bénévoles, des morceaux du secteur public, etc. (FAVREAU, 1986 et 1987; CORPORATION DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DES BOIS-FRANCS INC., 1987).

6. Une démarche de recherche à continuer

Tout au long de notre démarche de recherche, nous avons eu le sentiment de faire oeuvre de pionniers-ières. Non sans une certaine dose de témérité, nous nous sommes lancés-es dans le défrichage de territoires nouveaux. Cela nous a occasionné des tas de difficultés. A quelques reprises, nous avons cotoyé les affres du découragement. A d'autres moments, nous

avons connu le plaisir exquis nourri par la conscience d' avoir fait quelques découvertes intéressantes et susceptibles de contribuer au renouvellement des connaissances et des pratiques sociales.

En fin de course, nous ressentons ni désarroi, ni excitation. Il nous apparait que, sur une question fort cruciale pour aujourd'hui et les prochaines décennies, nous avons eu le mérite de dresser un premier inventaire et, peut-être, de dégager une problématique, qui rendront possibles, fécondes et prometteuses, d'autres entreprises de recherche permettant d'aller plus à fond et plus loin dans les avenues que nous avons déblayées. Sur plusieurs facettes du sujet traité, notre bilan demeure rudimentaire et superficiel et exigera des recommencements. Par exemple, il serait fructueux de continuer la démarche d'enquête et d'évaluation sur la privatisation des services sociaux au Québec, tout en maintenant le réflexe de comparer le cas québécois avec le cas d'autres provinces et d'autres pays(cf. CASSEN, 1987; SMADJA et FROGEL, 1987); à ce titre, notre chapitre sur le cas ontarien ressemble à un rendez-vous qui en appelle d'autres. Il sera nécessaire, également, de revenir sur les questions théoriques, de travailler au raffinement des typologies concernant les organismes privés, tant de type commercial que de type communautaire et bénévole. En un mot, "il reste beaucoup de pain sur la planche".

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES ADMINISTRATEURS DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC (1986), Mémoire présenté à la Commission Rochon, juillet 1986.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC [ACSSQ] (1986) Les services sociaux au Québec: problèmes spécifiques et pistes de solution (document de travail soumis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, ACSSQ, Montréal, juin 1986, 207 p.

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUEBEC [ACAQ] (1986), Le système québécois de santé et de services sociaux: une recherche de solutions, ACAQ, Montréal, juin 1986, 152 p.

CANTIN, Réjean (1986), Pour un renouvellement de nos pratiques professionnelles et administratives, Allocution au Colloque "Le CSSQ: un partenaire à redécouvrir", le 4 juin 1986, 13 p.

CASSEN, Bernard (1987), "Le revers du modèle britannique. Chômeurs et rentiers au pays du néolibéralisme réel", in Le monde diplomatique, juin 1987, pp. 1 et 19.

CENTRAIDE MONTREAL (1986a), Les besoins dans la communauté montréalaise: des tendances pour l'avenir, document préparé par le Comité de planification sociale, Centraide, Montréal, février 1986, 37 p.

CENTRAIDE MONTREAL (1986b), Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Centraide, Montréal, mars 1986, 40 p.

CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC (1987), Politique du Centre d'action bénévole de Québec sur la privatisation et la désinstitutionnalisation des services, Projet, (2e version), Québec, 28 janvier 1987, 9 p.

CHAMBRE DE COMMERCE DU QUEBEC (1986), Le système de santé au Québec, Mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, mars 1986, 14 p.

CONSEIL DU PATRONAT DU QUEBEC (1986), Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (Commission Rochon), "Pour des services de santé fournis à meilleur compte mais qui répondent aux besoins", CPQ, Montréal, avril 1986, 37 p.

CORPORATION DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DES BOIS-FRANCS INC. (1987), Fais-moi signe de changement. Les actes du colloque provincial sur le développement communautaire tenu à Victoriaville du 16 au 18 octobre 1986, Corporation de développement communautaire des Bois-Francs inc., Victoriaville, 1987, 249 p.

CRSSS DE LA MONTEREGIE (1986), Rapport annuel 1985-86.

CSN (1987), Rapport d'étape soumis au Conseil confédéral du 27 et du 28 février 1987 par le Comité santé et services sociaux CSN, Montréal, 15 p.

D'AMOURS, Martine (1986), "Santé. Le retour du privé", Dossier sur la privatisation, in Dossier de vie ouvrière, No 198 (décembre 1986), pp. 18-22.

D'AMOURS, Martine (1987), "Groupes populaires: la crise financière", in Vie ouvrière, No 201 (avril-mai 1987), pp. 28-29 et 34.

FALARDEAU, Louis (1985), "Nous devrons remettre certains programmes en question... Une entrevue avec Pierre Marc Johnson", in La Presse, 14 septembre 1985, p. A 8.

FAVREAU, Louis (1986), "Le mouvement communautaire est en mutation", in Le Devoir, 20 novembre 1986.

FAVREAU, Louis (1987), "Les nouvelles avenues du communautaire", in L'autre actualité, No 15 (hiver 1987), pp. 11-15.

FEDERATION DES CENTRES D'ACTION BENEVOLE DU QUEBEC [FCABQ] (1986), Mémoire sur les services de santé et les services sociaux présenté à la Commission Rochon, Montréal, février 1986.

GOBEIL, Paul (1986) --pour Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales présidé par Paul Gobeil--, Rapports, Conseil du trésor, Québec, 47 p.

GODBOUT, Jacques T. (1987), "Le scandale du CSSMM", in La Presse, 27 et 28 juillet 1987.

GUAY, Jérôme (1987), Manuel québécois de psychologie communautaire, Gaetan Morin éditeur, Chicoutimi, 316 p.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUEBEC (1986), Les centres de femmes parlent argent. L'Etat de leur financement, L'R des Centres de femmes du Québec, Montréal, novembre 1986, 43 p.

MACDONALD, Donald (1986), Rapport de la Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada, Volume II, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1985, Chap. 20 sur Les services sociaux, pp. 887-896 et 911-912.

MASSON, Claude (1985), "La semaine du bénévolat 1985. Vers une plus grande humanisation de la société", in Le Devoir, 19 avril 1985, p. 11.

METHOT, Denis (1987), "Le secteur privé pour personnes âgées renifle le marché", in Le Soleil, 10 mai 1987.

MSSS (1986), Etat de situation préliminaire et proposition d'hypothèses de travail. Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le réseau de ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée au Québec, Document de travail, MSSS, le 27 juin 1986, 34 p.

REGOURD, Serge (1986), "L'offensive contre le service public", in Le Monde diplomatique, Paris, juillet 1986, p. 28.

REGROUPEMENT DES MAISONS DE JEUNES DU QUEBEC [RMJQ] (1986), Les Maisons de jeunes (au delà de la ressource), Mémoire présenté devant la Commission Rochon, Montréal, mars 1986, 20 p.

REGROUPEMENT DES ORGANISMES BENEVOLES DE MONTREAL METROPOLITAIN (1986), Mémoire à la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux au Québec, Montréal, mai 1986, 28 p.

REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES JEUNESSE DU MONTREAL METROPOLITAIN [ROCJMM] (1986), Le développement des organismes communautaire jeunesse: une nécessité, mémoire présenté à la Commission Rochon, Montréal, mars 1986, 34 p.

SERVICE DE SOUTIEN AUX ORGANISMES BENEVOLES [du MSSS] (1986), Les organismes communautaires. Réflexion sur les enjeux actuels et à venir, Mémoire présenté à la Commission Rochon, Québec, 3 octobre 1986, 26 p.

SMADJA, Catherine et FROGUEL, Philippe (1987), "La peau de chagrin du système public après six ans de reaganisme", in Le monde diplomatique, juin 1987, p. 17.

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE POUR LES ENTREVUES HISTORIQUES

1)Rappelez-nous brièvement votre trajectoire (où vous étiez et ce que vous faisiez) pendant la période 1970-1985 en privilégiant ce qui est pertinent en référence au réseau des affaires sociales et, plus spéciciquement , aux services sociaux .

2)En vous appuyant sur le ou les domaines de services sociaux que vous connaissez le mieux, comment pouvez-vous **décrire** l'organisation des services sociaux qui prévalait avant l'arrivée du chapitre 48 en 1971.

a)quels s.s. relevaient de l'Etat?

b)quels s.s. relevaient des organismes non gouvernementaux à but lucratif?

c)quels s.s. relevaient des organismes non gouvernementaux à but non lucratif?

d)quels étaient les rapports entre eux.

3)Comment pouvez-vous **évaluer** l'organisation des s.s. (en mettant le focus sur le type de partage entre les organismes étatiques et les organismes non étatiques)qui prévalait au Québec avant le chap. 48? Plus spécifiquement, comment évaluer les services sociaux d'avant la réforme en référence.

a)aux pratiques professionnelles,

b)à la qualité des services,

c)à l'accessibilité des services,

d)aux coûts

e)aux conditions de travail,

f)à la participation des intervenants et des usagers dans la définition des orientations et des programmes?

4)En vous référant au domaine de s.s. que vous connnaissez le mieux, comment pourriez-vous **décrire** l'évolution de l'organisation des s.s. qui s'enclencha au Québec suite à l'application du chap. 48?

-quel impact eut la réforme sur le partage des rôles entre les organismes gouvernementaux et les organismes non gouvernementaux d'un type ou de l'autre?

-voyez-vous des étapes dans la mise en oeuvre de la réforme de 1972 à 1985 et si oui, quelles sont ces étapes?

-à votre avis quel est l'aspect le + important du rôle de l'Etat au cours des 10 dernières années (lois, financement, contrôle des pratiques, gestion...)?

5)Comment pouvez-vous **évaluer** l'évolution historique que vous venez de décrire en vous centrant sur la question du rôle de l'Etat et des organismes privés?

-Rapports MAS-organismes para-publics
-Rapports MAS-organismes privés SBL et ABL
-Rapports organismes para-publics-organismes privés SBL et ABL
-Rapports organismes privés SBL et organismes privés ABL

6)Quand vous comparez l'organisation qui prévaut **présentement** dans le domaine des services sociaux au Québec avec celle qui existait avant la réforme, quels sont les points qui vous frappent le plus?
en référence.

a)aux pratiques professionnelles,
b)à la qualité des services,
c)à l'accessibilité des services,
d)aux coûts
e)aux conditions de travail,
f)à la participation des intervenants et des usagers dans la définition des orientations et des programmes.

7)Avez-vous des prévisions, des souhaits et des mises en garde à dégager au sujet de l'évolution de l'organisation des s.s. au cours des prochaines années?

8) Avez-vous des suggestions bibliographiques à suggérer pour notre projet de recherche? Y a-t-il des documents particulièrement importants que nous devrions prendre en considération? Y a-t-il des personnes que vous nous suggérez de rencontrer ?

Annexe 2: GUIDE POUR LES ENTREVUES CONTEMPORAINES

Introduction

Pour bien saisir le sens des questions qui suivent, il est utile de prendre en considération notre définition de la privatisation des services sociaux. **La privatisation implique pour nous à la fois (a) la diminution de engagement de l'Etat dans la livraison, ou l'administration ou le financement des services sociaux, d'une part, et, d'autre part, (b) l'augmentation de l'engagement des organismes non gouvernementaux, que ces derniers soient à but lucratif ou non lucratif, dans la livraison, ou l'administration ou le financement des services sociaux.** On comprend aisément, suite à une telle définition, tout l'intérêt que nous portons dans notre recherche, à l'évolution des rapports entre trois types de services sociaux soit.

- -les services sociaux publics,
- -les services sociaux privés à but lucratif,
- -les services sociaux privés à but non lucratif,

Questionnaire

1)Rappelez-nous brièvement votre **trajectoire** (où vous étiez et ce que vous faisiez) pendant la période 1970-1985 en privilégiant ce qui est pertinent en référence au réseau des affaires sociales et, plus spécifiquement, aux services sociaux.

2)En vous appuyant sur le ou les domaines de services sociaux que vous connaissez le mieux (s.s. aux personnes âgées, aux jeunes, aux femmes, aux familles), **décrire les services sociaux qui relèvent du secteur privé de type lucratif ou de type non lucratif** en apportant des informations concrètes sur.

- -le type d'organisation des services;
- -le mode de financement,
- -les instances décisionnelles;
- -le statut juridique des organismes concernés;
- -l'organisation du travail des organismes concernés.

3)Montrer quels sont les **liens entre les services sociaux privés d'un type ou d'un autre, d'une part, et, d'autre part, les services sociaux publics et l'Etat.**

4)En tenant compte de notre définition de la privatisation et en vous appuyant sur votre expérience et vos observations, **pouvez-vous nous dire si on assiste présentement à une augmentation de la privatisation des services sociaux au Québec** et, s'il y a augmentation, pouvez-vous illustrer avec des exemples?

5)Si vous venez d'affirmer qu'il y a augmentation de la privatisation des services sociaux, pouvez-vous élaborer sur le **pourquoi de cette augmentation**?

6)Quelle lecture faites-vous des **avangages** et des **désavantages** d'une augmentation --en cours ou à venir-- **de la privatisation** des services sociaux?

7) En vous appuyant sur le ou les domaines de services sociaux que vous connaissez le mieux (s.s. aux personnes âgées, aux jeunes, aux femmes, aux familles), **évaluer les services sociaux qui relèvent du secteur privé de type lucratif ou de type non lucratif** en tenant compte des paramètres suivants:

a)impact sur les pratiques professionelles,
b)impact sur la qualité des services (accessibilité, etc.),
c)impact sur les conditions de travail des intervenants-es,
d)impact sur les coûts,
e)impact sur la participation des intervenants-es et des usagers.

8)De quelle façon concevez-vous **les relations qui devraient s'instaurer entre les services sociaux gouvernementaux et les services sociaux non gouvernementaux de type lucratif ou non lucratif**?

9)Avez-vous **des prévisions, des souhaits et des mises en garde** à faire au sujet de la privatisation des services sociaux au cours des prochaines années?

10) Avez-vous des suggestions de **documents particulièrement importants** que nous devrions prendre en considération pour la recherche? Par exemple, y a-t-il des textes produits par vous ou votre organisme qui pourraient s'avérer pertinents ?

Annexe 3: LISTE DES ENTREVUES HISTORIQUES

Entrevue avec quatre représentants-es de l'ACHAP (Association des centres hospitaliers et d'accueil privés), soit avec M Louis Blanchet, Mme Clemence Boucher, M Louis-Marie Leclerc et Mme Rollande Sabourin. L'entrevue a été faite par Françoise David et Edith Ouellet le 30 octobre 1986

Entrevue avec Mme Gisele Ampleman, intervenante sociale à l'Agence de service social de Lafontaine à Montréal de 1965 à 1970 et dans les organismes de défense des assistés sociaux (ADDS/OPDS) de 1972 à 1985. L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 2 octobre 1986

Entrevue avec M. H. Eugène Arsenault, fonctionnaire au ministère de la famille et du bien-être , puis du MAS et du MSSS depuis la fin des années 1950, M Arseneault est présentement au Service des programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt le 20 février 1987

Entrevue avec MM Robert Beauregard, éducateur au CA Anne Le Seigneur (ancien établissement d'Anbar) depuis 1977, Daniel Gosselin, éducateur au CA Anne Le Seigneur depuis 1978 et Bernard Leroux, éducateur au CA Le Contrefort (également un ancien établissement Anbar) depuis 1972. Les trois sont syndiqués CEQ. L'entrevue a été faite par Denis Bourque le 15 octobre 1986

Entrevue avec M Jean-Marie Carette, Directeur général du CA La Cité des Prairies depuis 1975. L'entrevue a été faite par Françoise David et Edith Ouellet le 30 septembre 1986

Entrevue avec Mme Hélène Caron-Gaulin, travailleuse sociale à la Société d'adoption à partir de 1967, transférée au CSSMM depuis 1973 et ayant occupé diverses fonctions depuis dont celle de chef de division à la Direction de la protection de la jeunesse. L'entrevue a été faite par Françoise David et Edith Ouellet le 16 septembre 1986.

Entrevue avec M Denis Carrier, fonctionnaire au MAS et affecté au dossier des personnes âgées depuis 1973. Il appartient présentement au Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS. L'entrevue a été faite par Denis Bourque le 25 septembre 1986

Entrevue avec M. Richard Dufour, fonctionnaire au ministere de la sante a partir de 1962 et du MAS de 1970 a 1982, sous-ministre adjoint au MAS de 1976 a 1982. L' entrevue a ete faite par Yves Vaillancourt le 20 fevrier 1987

Entrevue avec Mme Liliane Gaul, technicienne en assistance sociale a l'Agence Centre-Sud a partir de 1969 et employee au CSS-MM depuis 1973. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 30 septembre 1986.

Entrevue #1 avec M. Denis Lazure , ministre des affaires sociales de 1976 à 1981. Cette premiére entrevue avec M. Lazure a été faite par Yves Vaillancourt le 12 août 1986

Entrevue #2 avec M. Denis Lazure. Cette deuxieme entrevue avec M. Lazure a eté faite par Yves Vaillancourt le 12 mars 1987

Entrevue avec Mme Claire Leduc, travailleuse sociale, ayant travaille au CH Riviere-des -Prairies de 1970 à 1980 (avec rattachement au CSS-MM) et faisant de la pratique privee depuis 1982. Mme Leduc a ete presidente de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux de 1974 a 1976 et membre du Comite Batshaw en 1975. L'entrevue a ete faite le 10 octobre par Françoise David

Entrevue avec M. Yves Lessard, travailleur d'hôpital de 1957 a 1969, conseiller syndical à la CSN depuis 1970 et president de la FAS/CSN depuis 1982. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 22 septembre 1986.

Entrevue avec M. Jean Quintal de l'Association des centres d'accueil du Quebec (ACAQ). L'entrevue a ete faite par Edith Ouellet le 14 octobre 1986.

Entrevue avec M. Roger Prud'homme, directeur general de la Société se services sociaux a la famille (SSSF) à partir dé 1970 et Directeur general du CSSMM de 1973 à 1977. L'entrevue a eté faite par Françoise David le 7 octobre 1986.

Entrevue avec M. Pierre-Paul Roy, educateur au CA Cité des Prairies (anciennement Berthelet) depuis 1973 et syndique FAS/CSN. L'entrevue a eté faite par Françoise David et Edith Ouellet le 16 septembre 1986.

Entrevue avec M. Gilles Tardif, Secretaire executif au Bureau de

consultation jeunesse depuis 1980; M. Tardif a été impliqué dans l'implantation du CLSC de Hundington en 1974 et Directeur général de ce CLSC de 1975 à 1980. L'entrevue a été faite par Denis Bourque et Edith Ouellet le 15 octobre 1986.

Entrevue avec M. Louis-Paul Thauvette, intervenant à l'agence diocesaine des services sociaux de Valleyfield de 1967 a 1972, organisateur communautaire au CSS Richelieu a Valleyfield de 1972 a 1975, Directeur general du CLSC Seigneurie de Beauharnois de 1975 a 1980 et conseiller-cadre au CRSSSMM depuis 1980. L'entrevue a été faite par Denis Bourque et Yves Vaillancourt le 24 septembre 1986.

Entrevue avec Mme Rachel Vinet, Directrice de l'Agence de service social Centre-Sud de Montréal de 1967 à 1973 , animatrice au groupe d'entraide «le Coup de pouce» de 1973 à 1979 et travailleuse communautaire au Centre St-Pierre depuis 1979. L'entrevue a été faite par Françoise David le 1er octobre 1986.

Annexe 4: LISTE DES ENTREVUES CONTEMPORAINES

Entrevue avec M. H. Eugene Arsenault, du Service des programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS. L'entrevue a ete faite par Yves Vaillancourt le 20 fevrier 1987.

Entrevue avec M. Gratien Audet, Directeur de la readaptation au MSSS. L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 5 janvier 1987.

Entrevue avec M. Robert Beauregard, educateur au CA Anne Le Seigneur (ancien etablissement d'Anbar) depuis 1977 et syndique CEQ. L'entrevue a été faite par Denis Bourque le 15 octobre 1986.

Entrevue avec M. Yves Bédard, Vice-président executif du Groupe Champlain. L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 3 decembre 1986.

Entrevue avec Mme Lise Bélanger, conseillere au Service aux personnes âgées, CSSS, Montérégie. Cette entrevue a ete faite par Denis Bourque le 5 decembre 1986.

Entrevue avec Lyse Brunet, Coordonnatrice de l'R des Centres de femmes. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 17 decembre 1986.

Entrevue avec Mme Yvette Brunet, Presidente de l'AQDR (Association quebecoise pour la defense des droits des retraités-es). L'entrevue a été faite par Françoise David le 13 janvier 1987.

Entrevue avec M. Denis Carrier , Mme Lise Gauvin, M. Normand Gosselin, Mme Pauline Lapointe et Mme Josette Laurin-Côte du Service de soutien aux organismes communautaires du MSSS. L'entrevue a eté faite par Françoise David et Edith Ouellet, le 3 février 1987.

Entrevue avec M. Jean-Bernard Daudelin, haut fonctionnaire au Ministere de la santé nationale et du bien-être à Ottawa, section du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). L'entrevue a été faite par Françoise David et Yves Vaillancourt le 26 février 1987

Entrevue avec Mme Carmen Forget, membre du conseil d'administration de la cooperative d'auxiliaires familiales Auxi-plus et ex-directrice de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec. L'entrevue a eté faite par Denis Bourque le 29 decembre 1986.

Entrevue avec M. Louis-Henri Fournier, President de l'ACAPA, l'Association des centres d'accueil prives auto-financés. L'entrevue a ete faite par Edith Ouellet le 14 novembre 1986.

Entrevue avec Mme Danielle Frechette et Mme Denise Tremblay du Regroupement provincial des Maisons d'hébergement pour femmes violentees. L'entrevue a ete faite par Françoise David en décembre 1986.

Entrevue avec M. Henri Goulet, conseiller à l'ACEF Nord, ancien President de la Fédération des ACEF du Québec (1981-85) et bénevole a Centraide-Montreal.

Entrevue avec M. Jean-Luc Lacroix, travailleur social faisant de la pratique privee et membre de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Quebec. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 27 novembre 1986.

Entrevue avec M. Jean Lajoie, conseiller aupres du directeur de la DPJ au CSSMM. L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 18 novembre 1986.

Entrevue avec Mme Lise Langlois, Directrice du Service des programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS. L'entrevue a ete faite

par Yves Vaillancourt, le 20 février 1987.

Entrevue avec Mme Ginette Larouche du CSSMM. L'entrevue a eté faite par Françoise David le 17 mars 1987

Entrevue avec Mme Carole Lazure, conseillère-cadre à la planification des programmes au CRSSS-Laurentides-Lanaudiere. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 19 novembre 1986

Entrevue avec M. Claude Lemieux, directeur de la planification et de la coordination au CSSS, Montérégie. L'entrevue a été faite par Denis Bourque le 5 décembre 1986.

Entrevue avec M. Bernard Leroux, educateur au CA Le Contrefort (ancien établissement d'Anbar) depuis 1972. L'entrevue a eté faite par Denis Bourque le 15 octobre 1986.

Entrevue avec M. Jean Lessard, P.D.G. de Centraide-Montréal. L'entrevue a été faite par Françoise David et Edith Ouellet le 16 decembre 1986

Entrevue avec Mme Ruth Marchand du Secretariat à la politique familiale du gouvernement du Québec. L'entrevue a ete faite par Edith Ouellet le 28 novembre 1986

Entrevue avec M. Gilbert Michaud du MSSS. L'entrevue a ete faite par Denis Bourque le 19 decembre 1986.

Entrevue avec M. Gaston Nadeau, à l'analyse et au contrôle budgetaire dans la section Readaptation au MSSS. L'entrevue a ete faite par Edith Ouellet le 28 novembre 1986

Entrevue avec M. Denis Papin, Coordonnateur du Regroupement des maisons de jeunes du Québec (RMJQ). L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 17 decembre 1986

Entrevue avec M. Michel Parazelli permanent du Regroupement des organismes communautaires jeunesse du Montréal Métropolitain (ROCJMM). L'entrevue a été faite par Edith Ouellet le 16 décembre 1986.

Entrevue avec Gilles Plamondon, conseiller à l'AQDR (Association québécoise pour la defense des retraites-es) et coordonnateur de la

coalition des organismes communautaires (mise sur pied en 1986 pour resister aux coupures des subventions fédérales aux organismes communautaires). L'entrevue a ete faite par Françoise David le 13 janvier 1987

Entrevue avec M. François Rabeau, Directeur du Service des ressources du CSSMM et M. Michel Lacasse, adjoint aux services administratifs à la Direction des ressources du CSSMM. L'entrevue a éte faite par Françoise David le 15 decembre 1986.

Entrevue avec Mme Pierrette Rondeau de la Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ). L'entrevue a éte faite par Edith Ouellet le 21 novembre 1986

Entrevue avec M. Marcel Roy, Directeur général du Groupe Champlain. L'entrevue a ete faite par Edith Ouellet le 3 decembre 1986.

Entrevue avec M. Marcel Senechal, directeur a la programmation a la Federation des CLSC du Quebec. L'entrevue a eté faite le 7 janvier 1987 par Denis Bourque et Yves Vaillancourt

Entrevue avec M. André Trépanier, conseiller-cadre au secteur du maintien a domicile au CRSSSMM. L'entrevue a ete faite par Françoise David le 9 décembre 1986

Annexe 5: LISTE DES ENTREVUES FAITES EN ONTARIO

Entrevue avec M. Gerard Duda, Sous-ministre adjoint au ministere of Communities and Social Services (COMSOC) de l'Ontario. L'entrevue a ete faite par Yves Vaillancourt, a Toronto, le 11 decembre 1986.

Entrevue avec M. Ralph Garber, Doyen de la Faculty of Social Work de l'Université de Toronto. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 10 decembre 1986.

Entrevue avec Christa Freiler du Social Planning Council of Toronto Metro et co-auteure de **Caring for Profit**. L'entrevue a eté faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 11 décembre 1986.

Entrevue avec M. John Gandy, professeur a la Faculty of Social Work de l'Université de Toronto. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à

Toronto, le 10 décembre 1986.

Entrevue avec Mme Joan Hannah, etudiante au doctorat en science politique à l'Université York et co-auteure d'un rapport de recherche fait sur la privatisation pour le **Select Committee on Health** formé à l'été 1986 pour enquêter sur la commercialisation des services de santé et des services sociaux en Ontario. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, a Toronto, le 17 février 1987.

Entrevue avec Mme Lorna Hurl, professeure au School of Social Work a McMaster University et co-auteure de **Caring for Profit** L'entrevue a ete faite par Yves Vaillancourt, à Hamilton, le 18 février 1987.

Entrevue avec Mme Dorothy Lamont, travailleuse sociale responsable de la section des services bénévoles maintien à domicile à la Red Cross de Toronto. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 16 décembre 1986.

Entrevue avec M. Ernie Lightman, professeur à la Faculty of Social Work de l'Université de Toronto. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 11 décembre 1986.

Entrevue avec M. Grant Lowery, Executive Director du Central Toronto Youth Services. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, a Toronto, le 16 decembre 1986.

Entrevue avec Mme Eileen McEntyre, professeure à la Faculty of Social Work de l'Université de Toronto. L'entrevue a ete faite par Yves Vaillancourt, le 11 décembre 1986.

Entrevue avec M. Ramesh Mishra, professeur à la School of Social Work de l'Université McMaster. L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à Hamilton, le 16 octobre 1986.

Entrevue avec Mme Sheyla Neysmith, professeure a la Faculty of Social Work de l'Universite de Toronto. L'entrevue a eté faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 11 décembre 1986.

Entrevue avec M. Guy Poirier, étudiant au doctorat en science politique à l'Université York et co-auteur d'un rapport de recherche fait sur la privatisation pour le **Select Committee on Health** formé à l'été 1986

pour enquêter sur la commercialisation des services de sante et des services sociaux en Ontario L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, a Toronto, le 17 fevrier 1987.

Entrevue avec M. Fiore Sicoly, conseiller-cadre au Children's Aid Society of Metro Toronto L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, à Toronto, le 16 decembre 1986.

Entrevue avec Mme Jessie Watters, travailleuse sociale a la retraite ayant travaille plusieurs annees dans divers Children's Aid Societies de l'Ontario L'entrevue a été faite par Yves Vaillancourt, a Toronto, le 16 decembre 1986.

Annexe 6 : Liste des sigles et des abréviations

ACAPA	Association des centres d'accueil privés auto-financés.
ACAQ	Association des centres d'accueil du Québec.
ACHAP	Association des centres hospitaliers et d'accueil privés.
ACSSQ	Association des centres de services sociaux du Québec
ADDSS	Association de défense des droits des assistés sociaux.
ADEP	Association des directeurs d'établissements privés.
AQDM	Association québécoise en déficience mentale.
AQDR	Association québécoise pour la défense des droits des retraités-es.
BCJ	Bureau de consultation jeunesse.
CA	Centre d'accueil.
CAB	Centre d'action bénévole.
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil en réadaptation.
CARMSA	Centre d'accueil de réadaptation pour mesadaptés socio-affectifs.
CAS	Children's Aid Society
CEAF	Centre d'éducation et d'action femme
CH	Centre hospitalier.
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée.
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée.
CLSC	Centre local de services communautaires.
COGP	Committee on Government Productivity.
CRSSS	Conseil régional de services de santé et de services sociaux.
CSF	Conseil du statut de la femme.
CSN	Centrale des syndicats nationaux.
CSS	Centre de services sociaux.
CSSS	Conseil de la santé et des services sociaux.
CSSSM	Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
CSSSMM	Conseil de la santé et des services sociaux de Montréal-métropolitain.
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse.
FCABQ	Fédération des centres d'action bénévoles du Québec.
FCLSCQ	Fédération des CLSC du Québec.
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
MAD	Maintien à domicile.
MAS	Ministère des Affaires sociales.
MCSS	Ministry of Community and Social Services.
MDJ	Maison de jeunes.
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux.
OC	Organisme communautaire.
OCJ	Organisme communautaire jeunesse.
ONG	Organismes non gouvernementaux.
PADA	Projet d'action dissuasion auprès des adolescents.
PIB	Produit intérieur brut.

PIJ	Projet d'intervention jeunesse.
RMJQ	Regroupement des maisons de jeunes du Québec.
ROCJMM	Regroupement des organismes communautaires jeunesse de Montréal métropolitain.
SPC	Social Planning Council
SPCMT	Social Planning Council of Metropolitain of Toronto.
TCJ	Travaux communautaires jeunesse.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.